

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 05-068

DATE

05/11/2005

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE LIC 9163 SP (4/05) - Request For Live Scan Service

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 4/05	REPLACES 4/02	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> Other:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse Use new form effective 4/05

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is a Master Only

Attached is a Reproducible Copy

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

PETICION PARA QUE SE TOMEN LAS HUELLAS DACTILARES ELECTRONICAMENTE (LIVE SCAN)

Presentada por el solicitante

1. ORI: (Marque <input checked="" type="checkbox"/> uno) Código asignado por el DOJ (Departamento de Justicia)			
<input type="checkbox"/> CCLD A0448		<input type="checkbox"/> TrustLine A1157	
2. Tipo de solicitud: (Marque <input checked="" type="checkbox"/> uno)			
<input type="checkbox"/> Empleo		<input type="checkbox"/> Licencia, Certificación, Permiso	
<input type="checkbox"/> Voluntario			
3. Título del puesto de empleo o tipo de licencia, certificación o permiso:			
4. Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:			
CA Dept of Social Services		03502	
Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales		Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
PO BOX 944243		N/A	
Número		Nombre de la persona contacto	
Nombre de la calle o apartado postal		(obligatorio para todas las presentaciones para escuelas)	
Sacramento, CA		() N/A	
94244-2430		Número de teléfono de la persona contacto	
Ciudad	Estado	Código Postal	
5. Información del solicitante:			
Nombre del solicitante: (Por favor escriba con letra de molde) _____			
APELLIDO		NOMBRE	
INICIAL DEL NOMBRE QUE USA EN MEDIO			
AKA			
(Alias, otros nombres que ha usado): _____			
APELLIDO		PRIMER NOMBRE	
CDL No.			
(Número de licencia): _____			
DOB (Fecha de nacimiento): _____ SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Misc. No.: BIL -			
NUMERO DE LA OFICINA A LA QUE SE LE DEBE COBRAR (SI ES PERTINENTE)			
HT (Estatura): _____ WT (Peso): _____			
Misc. No.:			
Número de tarjeta de residente legal, licencia de manejar de otro estado o documento de identificación (I.D.).			
Color de OJOS: _____ Color de PELO: _____			
Dirección: (Todos los solicitantes tienen que anotar esta información.)			
POB (Lugar de nacimiento): _____			
NUMERO Y NOMBRE DE LA CALLE O APARTADO POSTAL			
SOC (Número de Seguro Social): _____			
CIUDAD, ESTADO, Y CODIGO POSTAL			
6. Número de establecimiento: _____ Nivel de servicio <input type="checkbox"/> DOJ <input type="checkbox"/> FBI			
Si ésta no es la primera vez que presenta una petición, (select R2)*, anote el Original ATI No.: _____			
7. NOTA: NO ES PERTINENTE PARA LOS SOLICITANTES DE TRUSTLINE			
Empleador: (Respuesta adicional solamente para presentaciones del Departamento de Servicios Sociales, licenciamiento relacionado al Departamento de Vehículos Motorizados/Patrulla de Caminos de California, y el Departamento de Corporaciones.)			
Nombre del empleador _____			
Número		Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
Nombre de la calle o apartado postal			
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de teléfono de la oficina (Opcional)
8.			
Live Scan Transaction Completed By: _____		Date _____	
Name of Operator			
Transmitting Agency	LSID#	ATI No.	Amount Collected/Billed

NORMAS PARA LOS SOLICITANTES DE LICENCIAMIENTO PARA OFRECER CUIDADO EN LA COMUNIDAD (CCLD) QUE ACUDEN A UN LUGAR DONDE SE PUEDEN TOMAR LAS HUELLAS DACTILARES ELECTRONICAMENTE (UN LUGAR DE CCLD o DEL DOJ [DEPARTAMENTO DE JUSTICIA])
Instrucciones para completar el formulario LIC 9163

- 1 ORI (por sus siglas en inglés) es el código que identifica para qué se van a usar las huellas dactilares:** Marque el código para CCLD o para TrustLine (Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños) que aparecen a continuación. Escoja uno de los siguientes:
 Para solicitantes de CCLD, **marque: A0448**
 Para solicitantes de TrustLine, **marque: A1157**
- 2 Tipo de solicitud:** Marque la casilla apropiada.
- 3 Título del puesto/empleo o tipo de licencia, certificación o permiso:** Anote el tipo de establecimiento en el cual usted va a trabajar.

Para los solicitantes que acuden a un lugar de CCLD donde se pueden tomar las huellas dactilares electrónicamente:

Escoja el tipo de establecimiento de CCLD de la lista en la columna a la izquierda de la tabla que aparece abajo. **Anote el tipo de establecimiento en esta línea.**

Para los solicitantes que acuden a un lugar del DOJ donde se pueden tomar las huellas dactilares electrónicamente (oficina encargada del orden público):

Escoja el tipo de establecimiento con licencia de la lista en la columna a la izquierda, y en la columna a la derecha, encuentre el tipo de establecimiento abreviado del DOJ que le corresponde. **En esta línea, anote el tipo de establecimiento abreviado que le corresponde bajo la columna del DOJ.**

Nota: En la tabla que aparece a continuación es posible que usted se pueda identificar con más de un tipo de establecimiento dentro de una categoría. Por favor seleccione solamente un tipo de establecimiento en la categoría con la cual está más asociado día a día.

Si este tipo de establecimiento es pertinente a usted

⇒ **Anote este tipo de establecimiento abreviado en su solicitud.**

Tipo de establecimiento de CCLD por categorías	Tipos de establecimientos del CCLD abreviados por el DOJ
Adult Day Care Facility (<i>Establecimiento para el cuidado de adultos</i>) Adult Day Support Center (<i>Centro de apoyo para adultos</i>) Adult Residential Facility (<i>Establecimiento Residencial para el cuidado de adultos</i>)	Adult Day / Resident / Rehab (<i>Cuidado para adultos / residencial / rehabilitación</i>)
Child Care Center (<i>Guardería infantil</i>) Infant Center (<i>Centro para bebés</i>) Mildly Ill Center (<i>Centro para personas ligeramente enfermas</i>) School Age Child Care Center (<i>Guardería para niños de edad escolar</i>)	Day Care Cent more / 6 Child (<i>Guardería con más de 6 niños</i>)
Family Child Care Home (<i>Hogar que proporciona cuidado de niños</i>)	Family Day Care (<i>Cuidado de niños en un hogar con licencia</i>)
Foster Family Agency (<i>Oficina con licencia para aprobar hogares de crianza temporal</i>) Foster Family / Adoptions Agency (<i>Oficina con licencia para aprobar hogares de crianza temporal/adopciones</i>) Foster Family Agency Sub Office (<i>Oficina bajo una oficina con licencia para aprobar hogares de crianza temporal</i>)	Foster Family / Adopt Emp. (<i>Empleo relacionado a crianza temporal / adopciones</i>)
Foster Family Agency - Certified Home (<i>Oficina con licencia para aprobar hogares de crianza temporal - hogares certificados</i>) Foster Family Home (<i>Hogar de crianza temporal</i>)	Foster Family Home (<i>Hogar de crianza temporal</i>)
Group Home (6 or less children) (<i>Hogar colectivo para el cuidado de niños [6 niños o menos]</i>)	Group Home 6 / child less (<i>Hogar colectivo 6 niños o menos</i>)
Group Home (7 or more) (<i>Hogar colectivo para el cuidado de niños [7 niños o más]</i>) Community Treatment Facility (<i>Establecimiento para tratamiento en la comunidad</i>)	Group Home more / 6 child (<i>Hogar colectivo más de 6 niños</i>)
Residential Care Facility for the Chronically Ill (<i>Establecimiento residencial para el cuidado de enfermos crónicos</i>) Residential Care Facilities for the Elderly (<i>Establecimiento residencial para el cuidado de ancianos</i>)	Residentl Care Fac Elderly (<i>Establecimiento residencial para el cuidado de ancianos</i>)
Small Family Home (<i>Hogar que proporciona cuidado a un número pequeño de niños</i>) Transitional Housing Placement Program (<i>Programa de Colocación Transicional en una Vivienda</i>)	Resid Child Care 6 / less (<i>Cuidado de niños en una residencia - 6 ó menos</i>)
Social Rehabilitation Facility (<i>Establecimiento para rehabilitación social</i>)	Adult Day / Resident / Rehab (<i>Cuidado para adultos / residencial / rehabilitación</i>)
TrustLine (Voluntary) (<i>Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños [Voluntario]</i>) TrustLine (Subsidized) (<i>Subsidiado</i>)	Los solicitantes de TrustLine que reciben un subsidio, actualmente no pueden ir a un lugar que no sea de CCLD.

4 Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:

Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales:

La siguiente información ya aparece impresa en el formulario:

Oficina: CA Dept of Social Services

Código para el correo: 03502

Número y nombre de la calle: PO BOX 944243, M.S. 19-62

Nombre de la persona contacto: N/A

Ciudad, Estado, Código Postal: Sacramento, CA 94244-2430

Número de teléfono de la persona contacto: N/A

5 Nombre del solicitante: Anote su nombre completo (apellido, nombre, inicial del nombre que usa en medio).

AKA: Otros nombres que el solicitante haya usado

CDL No.: Número de licencia de manejar en California o número de identificación en California.

DOB: Fecha de nacimiento **SEXO:** Masculino o Femenino

MISC No. BIL: Número de la oficina a la que se le debe cobrar, si es pertinente.

HT: Estatura **WT:** Peso

MISC No.: Anote otros números relacionados al establecimiento con licencia

Número de tarjeta de residente legal, licencia de manejar de otro estado o documento de identificación (I.D.).

Color de OJOS: Color de ojos **Color de PELO:** Color de pelo

Dirección: Dirección del solicitante

POB: Estado o país en donde nació

SOC: Número de Seguro Social (opcional)

6 Número de establecimiento: Anote el número del establecimiento o el número *OCA* asignado (número de identificación de la oficina).

Nivel de servicio:

Marque la casilla que dice "DOJ" para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes penales en California. Marque la casilla que dice "FBI" para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes a nivel nacional. **Nota: Si se requiere una revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños (CACI), el DOJ automáticamente la llevará a cabo y se cobrarán todas las cuotas pertinentes. No es necesario que el solicitante marque nada.**

Si ésta no es la primera vez que presenta una petición, anote el *Original ATI No.* (número asignado al solicitante la primera vez que presenta una petición para que se tomen huellas dactilares electrónicamente).

Si sus huellas dactilares no fueron aceptadas y las está presentando otra vez, anote el *Original ATI No.* que aparece en la notificación de rechazo, para evitar que se le cobre una cuota adicional para el trámite.

7 Empleador: Anote el nombre y dirección del establecimiento (en esta área puede colocar una etiqueta con la información ya impresa).

NOTA: Esta sección no es pertinente para los solicitantes de TrustLine.

Nombre del empleador:

Anote el nombre del establecimiento.

Número y nombre de la calle:

Anote la dirección del establecimiento.

Código para el correo:

Anote el código para el correo del establecimiento (si es pertinente).

Ciudad, Estado, Código Postal:

Anote la ciudad, estado, y código postal del establecimiento.

Número de teléfono de la oficina:

Anote el número de teléfono del establecimiento.

8 Live Scan Transaction Completed by: Esta sección aparece en inglés debido a que es para que la complete la persona encargada de proporcionar los servicios.

Es importante que usted traiga este formulario el día que le van a tomar las huellas dactilares para que la persona encargada de tomar las huellas dactilares electrónicamente complete la sección 8. Por favor guarde una copia para su expediente. Esta solicitud servirá como recibo del pago de estos servicios y es posible que se requiera que la adjunte a la solicitud para proporcionar cuidado.