

SOLICITUD DE VERIFICACION DE ANTECEDENTES El presente formulario deberá utilizarse para ayudar a recopilar información que se ingresará en el sistema de ORCHARDS.

Sección 1-Informacion que necesita la QED para completar la página “Crear Nueva” en ORCHARDS:

Washington County DD Program
3700 SW Murray Blvd Suite 2100 (MS66E) Beaverton, OR 97005

Sección 1: Complete — Escriba o imprima claramente CM: _____

Cliente Recibiendo Servicios: _____

2. Nueva solicitud Renovar

3. PSW-Personal Support Worker Independent Contractor
(Provide direct Nursing Services)

Behavior Support Professional Consultant
Provide care for DD clients (Write up plans for individuals)

4. **El puesto requiere contacto directo con (seleccione todas las opciones que correspondan):**

Niños Adultos

5. **Debe conducir como parte de sus obligaciones?** Yes No

6. **Domicilio(s) del establecimiento laboral para este puesto (incluya todas las ubicaciones, si son varias o “diversas”):**

Varias Locaciones (Si trabaja con más de un cliente)

Domicilio de trabajo:

7. COMPLETE BY WASHINGTON COUNTY EMPLOYEE USE ONLY

Type(s) of documents checked to verify identity

Driver’s license or state ID Passport Other: _____

QE staff initial: _____ Date _____

Sección 2 — A completar por la SI. LEA LAS INSTRUCCIONES ATENTAMENTE.

8. Nombre de la persona (apellido/primer nombre/segundo nombre):

9. Número del Seguro Social (*Requiere*)

10. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

11. Dirección de correo electrónico:

12. Sexo: Mujer Hombre

13. Licencia de conducir o identificación:
Numero:

Fecha de Caducida:

Estado:

14. Alias/otros nombres que haya utilizado:

15. Domicilio de residencia:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Domicilio de correo postal: Es igual que el domicilio de residencia

Ciudad:

Estado:

Código postal:

16. Teléfono de su casa:

Teléfono celular:

17. Durante los últimos cinco (5) años, ¿ha estado fuera de Oregón durante 60 días seguidos o más? Sí No Si respondió que **Sí**, complete lo siguiente para cada domicilio de residencia de los últimos cinco (5) años:

| Año Desde: | Año A: | Ciudad: | Estado: | Pais: | Nombre(s) utilizados en esta residencia: |
|------------|--------|---------|---------|-------|------------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Sección 2 — A completar por la SI (continuación)

Sección 2 — A completar por la SI (continuación)

18. Firma de la SI que autoriza el proceso de verificación de antecedentes y divulgación de información. Me han entregado las páginas 5 a 8 del formulario de solicitud de verificación de antecedentes, y he leído y comprendido las instrucciones que figuran allí.

La presentación de este formulario con mi firma autoriza a la Unidad de verificación de antecedentes (BCU) a iniciar una verificación de mis expedientes penales, que puede incluir una verificación de expedientes penales nacionales en la cual se requiera la toma de huellas digitales, y recibir los resultados del Departamento de Policía Estatal de Oregon y de la Oficina Federal de Investigaciones (Federal Bureau of Investigation, FBI). Entiendo que la BCU llevará a cabo una verificación de mis antecedentes de maltrato. Toda información procedente de estas verificaciones puede compartirse con una persona designada por la entidad calificada en el establecimiento o la autoridad que otorga la licencia relacionada con esta solicitud.

La presentación de este formulario con mi firma autoriza a la BCU a solicitar y recibir informes del sistema penal de menores, policiales, judiciales o de investigaciones necesarios para completar esta verificación de antecedentes. En caso de que la BCU descubra una condena o condición potencialmente descalificante, lo cual incluye incidentes de maltrato, la BCU puede notificarme a mi domicilio o a la dirección de correo electrónico que he proporcionado para solicitar información adicional.

La presentación de este formulario con mi firma autoriza a la BCU a divulgar información proporcionada en esta solicitud de verificación de antecedentes o información sobre el puesto a cualquier agencia de justicia penal u organismo de investigación de acuerdo con lo que resulte necesario para requisitos de investigación, órdenes de detención pendientes o supervisión.

Autorizo a la BCU para que tramite la presente solicitud de verificación de antecedentes. Certifico que todas las declaraciones que hice son exactas actualmente. Entiendo que necesito divulgar cualquier información nueva que se produzca después de que presente este formulario mientras la verificación de antecedentes aún esté en trámite. Entiendo que, si proporciono información falsa o incompleta, mi solicitud podría cerrarse o se me podría negar el puesto. Entiendo que la verificación de antecedentes puede repetirse mientras ocupe el puesto para el cual se realiza la verificación.

Firma de la persona objeto (SI): _____ Fecha: _____