

SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD

1A. ENTIDAD QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN	1B. DIRECCION COMPLETA DE LA ENTIDAD	1C. TELEFONO ENTIDAD
--	--------------------------------------	----------------------

2. SÓLO SE REQUIERE PARA EMPLEO CON AGENCIA DE GOBIERNO DE PUERTO RICO

AGENCIA _____ **PROGRAMA** _____

Regular permanente Transitorio Agencia de empleo Trabajo-estudio / prácticas profesionales Voluntario Contrato

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE QUE SE HARA LA VERIFICACION DE CREDENCIALES Y LAS HUELLAS DACTILARES

3. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE EE.UU	4. FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	5. GÉNERO F M OTRO
		6. ESTATURA ' " PESO LIBRAS

7. NOMBRE EN LETRA DE MOLDE SEGÚN SU LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN CON FOTO VALIDA. ESCRIBA N/A EN LA CASILLA SI NO TIENE SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
--	--------	----------------	------------------	------------------

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE LOS DEMÁS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A SI NO ES CONOCIDO CON OTRO NOMBRE

NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO PATERNO :	APELLIDO MATERNO
NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO PATERNO :	APELLIDO MATERNO

8. CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS SI _____ NO _____	PAÍS DE NACIMIENTO _____
RESIDENTE PERMANENTE LEGAL NO. ID _____	9. COLOR DE OJOS
EXTRANJERO AUTORIZADO A TRABAJAR NO. ID _____	<input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> MARRON <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> GRIS <input type="checkbox"/> MULTICOLOR
	<input type="checkbox"/> AZUL <input type="checkbox"/> MAROON <input type="checkbox"/> HAZEL <input type="checkbox"/> ROSA <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO

10. IDENTIFICACIÓN	AUTORIDAD EMISORA
<input type="checkbox"/> LICENCIA DE CONDUCIR _____ EXP / / /	_____
<input type="checkbox"/> PASAPORTE # _____ EXP / / /	_____
<input type="checkbox"/> REAL ID _____ EXP / / /	_____
<input type="checkbox"/> CIUDADANIA (N560) _____ EXP / / /	_____
<input type="checkbox"/> NATURALIZACION (N550) _____ EXP / / /	_____
<input type="checkbox"/> OTRA _____ EXP / / /	_____
	AUTORIDAD EMISORA

	AUTORIDAD EMISORA

	AUTORIDAD EMISORA

	AUTORIDAD EMISORA

11. RAZA	12. COLOR DE PELO
<input type="checkbox"/> CAUCASICO - MEJICO, PUERTO RICO, CUBA, AMERICA CENTRAL O SUR AMERICA	<input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> MARRON <input type="checkbox"/> ROJO <input type="checkbox"/> ARENA
<input type="checkbox"/> ASIATICO	<input type="checkbox"/> CASTANO <input type="checkbox"/> RUBIO <input type="checkbox"/> FRESA <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> AZUL
<input type="checkbox"/> NEGRO	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <input type="checkbox"/> MARRON <input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> ANARANJADO
<input type="checkbox"/> NATIVO AMERICANO	<input type="checkbox"/> CALVO <input type="checkbox"/> GRIS O PARCIALMENTE GRIS <input type="checkbox"/> ROSA <input type="checkbox"/> VIOLETA

13. NÚMERO DE TELÉFONO () _____ - _____ - _____	14. CORREO ELÉCTRONICO _____ @ _____
--	---

15. DIRECCIÓN FÍSICA ACTUAL	TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN - DESDE MES	AÑO
URBANIZACIÓN	CALLE	NO. CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

15 a. ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SU DIRECCIÓN POSTAL A LA QUE PODAMOS ENVIARLE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE SER DIFERENTE A LA FÍSICA				
URBANIZACIÓN	CALLE	NO. CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

16. ¿HA VIVIDO EN ALGUNA OTRA DIRECCION EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	DÓNDE?
---	---	--------

1. DIRECCIÓN ANTERIOR	TIEMPO EN ESTA DIRECCION	DESDE MES	AÑO	HASTA MES	AÑO
URBANIZACION	CALLE	NO. CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
2. DIRECCIÓN ANTERIOR	TIEMPO EN ESTA DIRECCION	DESDE MES	AÑO	HASTA MES	AÑO
URBANIZACIÓN	CALLE	NO. CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
3. DIRECCIÓN ANTERIOR	TIEMPO EN ESTA DIRECCIÓN	DESDE MES	AÑO	HASTA MES	AÑO
URBANIZACIÓN	CALLE	NO. CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

17. Debe responder las siguientes preguntas. Agregue una hoja de papel adicional si necesita agregar delitos o acusaciones pendientes adicionales.

17 A. ¿Ha sido condenado de algún cargo o crimen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, complete los siguientes espacios:
Disposición Final:	País:	Fecha del delito: / / En que Tribunal
Disposición Final:	País:	Fecha del delito: / / En que Tribunal
17 B. ¿Tiene acusaciones (pendientes) en su contra por algún delito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, llene los siguientes espacios :
1. Disposición Final:	País:	Fecha del delito: / / En que Tribunal
2. Disposición Final:	País:	Fecha del delito: / / En que Tribunal
17 C. ¿Ha sido procesado y encontrado No culpable por algún delito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del delito: / / En que Tribunal
17 D. ¿Ha sido procesado y encontrado Culpable por algún delito?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del delito: / / En que Tribunal
17 E. ¿Un tribunal o agencia ha emitido una orden o notificación que establezca que abuse sexualmente, maltratado físicamente, descuido, abandono o exploto a un niño, discapacitado o adulto vulnerable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
17 F. ¿Alguna agencia gubernamental le ha negado, cancelado o revocado alguna vez un contrato por negligencia a niños, adultos mayores o discapacitados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
17 G. ¿Alguna agencia gubernamental le ha negado, cancelado o revocado alguna vez una licencia por negligencia a niños, adultos mayores o discapacitados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
17 H. ¿Alguna vez ha renunciado a su contrato o licencia porque una agencia de gobierno intervino en su contra por negligencia con niños, adultos mayores o discapacitados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
17 I. ¿Algún tribunal emitió alguna vez órdenes en contra de usted por maltrato, abuso sexual, descuido, abandono, violencia doméstica, explotación o explotación financiera de un adulto vulnerable, discapacitado o niño?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
• Orden de protección/orden de restricción permanente* para adultos vulnerables, ya sea activa o vencida..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
• Orden de protección por agresión sexual <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
• Orden de protección civil antiacoso permanente*, ya sea activa o vencida. Vea la definición de "permanente" en las instrucciones..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

18. TRABAJA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO	BUSCO TRABAJO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ESTUDIANTE/PRACTICANTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	OFERTA DE EMPLEO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Patrono actual ó con oferta de empleo ó práctica	Fecha de comienzo / /	Posicion actual o ha ocupar	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE PATRONO ANTERIOR	POSICION	DESDE MES	AÑO
TELEFONO	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO
NOMBRE PATRONO ANTERIOR	POSICION	DESDE MES	AÑO
TELEFONO	DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO
			ZIP CODE

19. **Acepto que soy la persona mencionada arriba.**

Comprendo que si no digo toda la verdad en este formulario puedo ser acusado de perjurio, podría incumplir con la Ley Núm. 300 del 2 de septiembre de 1999 según enmendada por la Ley Núm. 224 del 17 de diciembre de 2015 y podría no estar autorizado para ofrecer servicios y/o trabajar con adultos vulnerables, menores o niños. Comprendo y acepto que mi firma en la casilla número 20 y mis iniciales significa que:

- Autorizo al Departamento de Salud de PR (DSPR) a verificar mis antecedentes con cualquier entidad gubernamental y agencia de ley v orden.
- El resultado de mi verificación de antecedentes puede incluir información divulgada previamente por mí mismo y resultados de huellas dactilares que están en el sistema de Verificación de Antecedentes del DSPR, y que esta información será reportada según lo permitido en las leyes federales y/o estatales.
- Si se identifica un hallazgo final, el DSPR podrá reportar mi nombre y que se identificó un hallazgo en el resultado de la verificación de credenciales
- Autorizo al Departamento de Salud de PR (DSPR) a entregar el resultado de mi verificación de antecedentes a las personas o entidades mencionadas en la Sección 1
- Autorizo al Departamento de Salud de PR (DSPR) incluir mi FOTOGRAFIA como parte de la certificación de mi verificación de credenciales e historial delictivo
- Con la firma de este formulario estoy aceptando la informacion y los requerimientos aqui descritos y aquellos necesarios para el proceso de la certificación con mis huellas dactilares.

Este formulario deberá estar firmado e iniciado para poder proceder con la toma de huellas dactilares el día de la cita. De no estar de acuerdo NO se llevará a cabo el proceso

20. REQUERIDO: SU FIRMA.	Acepto incluir FOTOGRAFIA en la certificación (iniciales)	FECHA DE HOY DÍA/MES/AÑO
		_____ / _____ / _____

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE CREDENCIALES E HISTORIAL DELICTIVO - LEY 300

Estas instrucciones le proporcionan indicaciones generales para llenar el formulario de autorización de verificación de credenciales e historial delictivo. Este formulario es utilizado por múltiples programas del DSPR para satisfacer diversas necesidades de verificación de credenciales e historial delictivo. El programa de vigilancia del DSPR que requiera la verificación de credenciales e historial delictivo, podría tener instrucciones adicionales que usted debe seguir.

El Programa de Verificación de Credenciales e Historial Delictivo de Puerto Rico (por sus siglas en inglés PRBCP) no puede realizar la verificación de credenciales e historial delictivo a menos que se completen todos los encasillados requeridos. Los encasillados requeridos tienen la palabra REQUERIDO: al lado del número del encasillado, como se muestra en el siguiente ejemplo:

IMPORTANTE: Si usted no proporciona toda la información requerida, su verificación de antecedentes se retrasará.

ATENCIÓN ENTIDADES Y PERSONAL DEL DSPR: Entregue este formulario de autorización sólo una vez. Múltiples entregas del mismo formulario de autorización ocasionan demoras en el procesamiento de las verificaciones de antecedentes.

SECCIÓN 1: A SER LLENADA POR LA ENTIDAD QUE SOLICITA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Esta sección debe ser llenada por la entidad que solicita la verificación de antecedentes. Las entidades generalmente son agencias de gobierno, autoridades contratantes y proveedores externos que entregan solicitudes de verificación de credenciales e historial delictivo a la oficina del PR Background Check Program.

Casilla núm. Instrucciones

- 1A Escriba el nombre de la entidad que solicita la verificación de antecedentes.
- 1B Escriba la dirección completa de la entidad mencionada en la casilla 1A.
- 1C Escriba el teléfono de la entidad
- 2 Complete esta casilla **SOLAMENTE** si la verificación de antecedentes es para propósitos de empleo con el Gobierno. Los proveedores externos no llenan esta casilla.

SECCIÓN 2: A SER COMPLETADA POR EL SOLICITANTE

Esta sección debe ser llenada por el solicitante. El solicitante es la persona cuyos antecedentes estamos verificando. Excepto por lo señalado en estas instrucciones, el personal del DSPR no debe llenar la Sección 2 por el solicitante. Nota: El personal del programa de Servicios de Protección para Adultos (por sus siglas en inglés, "APS") puede llenar la información del solicitante para una verificación de antecedentes para una investigación de APS.

Casilla núm. Instrucciones

- 3 Es requerido su número de seguro social. Su número de seguro social ayuda a la Unidad Central de Verificación de Antecedentes a relacionar su nombre y fecha de nacimiento con registros existentes en nuestra base de datos y podría acelerar la tramitación de su verificación de antecedentes.
- 4 Escriba su fecha de nacimiento incluyendo el mes, día y año.
- 5 Escriba su género
- 6 Escriba su estatura y peso.
- 7 Nombre actual: Escriba su nombre, nombre intermedio y apellido como aparecen en su licencia de conducir vigente o en otra identificación primaria con fotografía. (Ve al ejemplo más adelante) Identificaciones con fotografía emitidas por el gobierno que son aceptadas incluyen cualquier identificación emitida por el gobierno federal, estatal o local, identificación militar de Estados Unidos, pasaporte de Estados Unidos o extranjero, o identificación tribal con reconocimiento federal. Escriba N/A en cada casilla en la que no tenga un nombre que escribir.

REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE SU NOMBRE COMO APARECE EN SU CERTIFICADO DE NACIMIENTO. ESCRIBA N/A EN LA CASILLA SI NO TIENE SEGUNDO NOMBRE

NOMBRE: **JUAN** SEGUNDO NOMBRE : **N/A** APELLIDO PATERNO : **DEL PUEBLO** APELLIDO MATERNO : **N/A**

Otros nombres: Escriba en letra de molde todos los demás nombres, nombres intermedios o apellidos que haya utilizado. Los otros nombres incluyen apodos, nombres de nacimiento, nombres de soltera, etc. Si no ha utilizado ningún otro nombre, nombre intermedio o apellido, debe escribir N/A en la casilla apropiada. No deje ninguna casilla en blanco. (Vea los ejemplos más adelante)

Ejemplo 1 – cómo escribir dos apodos y un nombre de soltera. No se ha usado ningún otro nombre intermedio.

REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS DEMÁS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A EN LA CASILLA SI NO ES CONOCIDO CON OTRO NOMBRE

NOMBRE: **JUAN** SEGUNDO NOMBRE : **N/A** APELLIDO PATERNO : **DEL PUEBLO** APELLIDO MATERNO : **N/A**

Ejemplo 2 – cuándo escribir N/A porque no se ha utilizado ningún otro nombre, nombre intermedio o apellido.

REQUERIDO: ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE TODOS LOS DEMÁS NOMBRES, SEGUNDOS NOMBRES Y APELLIDOS QUE HAYA USADO. ESCRIBA N/A EN LA CASILLA SI NO ES CONOCIDO CON OTRO NOMBRE

NOMBRE: **N/A** SEGUNDO NOMBRE : **N/A** APELLIDO PATERNO : **N/A** APELLIDO MATERNO : **N/A**

- 8 Marcar si es ciudadano de los E.U. y completar ciudad o país de Nacimiento, de ser extranjero escribir el número de su identificación de residente permanente o identificación que lo autoriza a trabajar en los U.S y sus territorios
- 9 Marcar encasillado su color de ojos
- 10 Escriba su licencia de conducir o pasaporte o identificación emitida por el estado y el estado en el que fue emitida. La que estara presentando el día de la huella.
- 11 Marcar encasillado su raza (**Raza Caucasian-** Mexican, Puerto Rican, Cuban, Central or South American)
- 12 Marcar encasillado color de pelo al momento de la toma de huella
- 13 Numero de telefono en donde se le puede ser localizado durante el día.
- 14 Proporcione una dirección de correo electrónico a la que podamos comunicarnos con usted.
- 15 Escriba su dirección física. Si su dirección física e indique el tiempo viviendo en la misma.
- 15 a. Escriba su dirección postal a la que BCCU pueda enviarle información confidencial, como una copia del resultado de su verificación de antecedentes.
- 16 Ha vivido de manera continua en la misma dirección sin vivir en otra dirección, pueblo, estado o país durante los últimos cinco años (60 meses), conteste SI. Si ha vivido en cualquier otro pueblo, estado país o dirección diferente a la indicada en el número 16 durante los últimos cinco años (60 meses), conteste SÍ y indique las direcciones anteriores y las fechas que estuvo en ellas (desde mes y año). Utilice otro papel de ser necesario o necesitar mas espacio.

Vea información importante sobre cómo contestar preguntas de divulgación propia de acuerdo con la descripción para la casilla 17.

Casilla núm. 17 Instrucciones

- 17 17a – Debe marcar SÍ o NO. Si marca SÍ, debe escribir el nombre del delito, el grado (si lo tiene), el estado y la fecha de la condena (MM/DD/AAAA). Si necesita completar condenas adicionales, añada una hoja de papel adicional al formulario de autorización de verificación de antecedentes. Incluya su nombre y toda la información requerida listada anteriormente.
17b - Debe marcar SÍ o NO. Si marca SÍ, debe escribir el nombre de la acusación pendiente, el grado (si lo tiene) y el estado. Si necesita completar acusaciones pendientes adicionales, añada una hoja de papel adicional al formulario de autorización de verificación de antecedentes. Incluya su nombre y toda la información requerida listada anteriormente
17c - 18i Lea cada pregunta cuidadosamente antes de contestar. Debe marcar SÍ o NO.
- 18 Indique si se encuentra trabajando, es voluntario, busca empleo, es estudiante o tiene oferta de empleo. Indique el patroto actual o la agencia o entidad que le ofrece empleo o es voluntario, fecha de comienzo y posicon ha ocupar. Debera incluir sus últimos 3 patronos
- 19 Lea las declaraciones en la casilla 19. Su firma e iniciales en la casilla 20 significa que ha leído, comprendido y aceptado las declaraciones listadas en la casilla 19.
- 20 Firme con su nombre como aparece en la casilla 7. Escriba sus iniciales aceptando y autorizando incluir su foto en la certificación de verificación de credenciales
Escriba el mes / día / año (MM/DD/AAAA) en que firmó la casilla 20.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA RESPUESTA A PREGUNTAS DE DIVULGACIÓN PROPIA: Sus respuestas a preguntas de divulgación propia se convierten en parte de su historial de verificaciones de antecedentes y se almacenan en la base de datos del DSPR. Las divulgaciones propias son reportadas como parte de su verificación de antecedentes, como cualquier otro historial de verificación de antecedentes que recibimos. Es importante que sus respuestas a preguntas de divulgación propia sean precisas y consistentes.

Se recomienda encarecidamente que responda las preguntas de divulgación propia del mismo modo cada vez que llene el formulario de autorización de verificación de antecedentes, a menos que la pregunta haya cambiado o que la respuesta anterior fuera incorrecta. También se recomienda que consulte los documentos de la acusación, registros del tribunal u otros documentos oficiales y que liste sus condenas penales, acusaciones pendientes, fechas y demás datos exactamente como aparecen en esos documentos.

Si tiene preguntas sobre el proceso de verificación de credenciales e historial delictivo, póngase en contacto con :

prbackgroundcheck@salud.pr.gov o al teléfono (787)522-3966 EXT 2234

Este formulario deberá estar firmado e iniciado para poder proceder con la toma de huellas dactilares el día de la cita. De no estar de acuerdo NO se llevará a cabo el proceso