

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE (BID)

Completar este formulario es obligatorio según las disposiciones de Wis. Stat. § 48.685 y Wis. Admin. Code § DCF 12.03. De acuerdo con Wis. Stat. § 48.685, este formulario se debe completar antes de obtener la licencia, certificación, empleo o residencia de persona no cliente y solo tiene validez por 120 días. El incumplimiento puede provocar la denegación o revocación de su licencia o certificación; la denegación o terminación de su contrato de empleo o la denegación o revocación de la licencia o certificación de un establecimiento de un centro de cuidado infantil en el que usted reside.

La provisión de su Número de Seguro Social (SSN) es voluntaria, pero no proporcionarlo podría causar una demora en el procesamiento de la información. La información personal que proporcione puede utilizarse para fines secundarios [Privacy Law, Wis.Stat. §15.04(1)(m)].

### SÍRVASE ESCRIBIR SUS RESPUESTAS EN LETRA DE MOLDE O ESCRIBIRLAS A MÁQUINA. ADJUNTE MÁS HOJAS SI ES NECESARIO.

**Marque el casillero que le corresponda a usted.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado/Contratista actual o posible<br><input type="checkbox"/> Solicitante de una licencia o certificación (incluida la continuación o renovación) | <input type="checkbox"/> Miembro de la vivienda / vive en el establecimiento – pero no es cliente (cualquier persona de 12 años de edad o más).<br><input type="checkbox"/> Otro - Especificar: |
|--|---|

Nombre – (Nombre y segundo nombre)	Nombre – (Apellido)	Cargo (de corresponder)	
Cualquier otro nombre con el que lo hayan conocido (incluido el nombre de soltera)			Fecha de nacimiento
			Género (M / F)
Raza		Número(s) de seguro social	
<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			
Dirección particular		Ciudad	Estado
			Código postal
Nombre y dirección de empleador potencial, agencia de licenciamiento, agencia de certificación o centro de cuidado infantil en el que reside o residirá.			

SECCIÓN A – ACTOS, DELITOS E INFRACCIONES QUE PUEDEN ACTUAR COMO PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN	SÍ	NO
1. ¿Tiene cargos penales pendientes contra usted o fue condenado alguna vez de algún delito en cualquier lado, incluidos los tribunales federales, estatales, del condado, locales, militares y tribales? ¿Alguna vez lo han condenado de otra infracción, como ser una violación a una ordenanza municipal o un delito civil basado en una ordenanza local?  ➤ Si la respuesta es <b>Sí</b> , enumere cada cargo o condena pendiente, cuándo ocurrió, fecha del arresto y condena, de corresponder, y la ciudad y el estado donde se encuentra el tribunal. Se le puede pedir que suministre información adicional, como ser una copia certificada de una sentencia de condena, una copia de una denuncia penal o cualquier otro documento judicial o policial pertinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna vez fue declarado delincuente por un tribunal, incluido un tribunal tribal cuando tuvo 12 años o con posterioridad y antes de cumplir los 18 años, de un delito u otra infracción como ser una violación de una ordenanza municipal o un delito civil basado en una ordenanza local?  ➤ Si la respuesta es <b>Sí</b> , indique cada delito o infracción, cuándo y dónde ocurrió y la ubicación del tribunal (ciudad y estado). Se le puede pedir que suministre información adicional, como ser una copia certificada de la petición de delincuencia, la declaración de delincuencia o cualquier otro documento judicial o policial pertinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se encuentra actualmente bajo supervisión comunitaria por parte de un organismo estatal, federal o tribal (como ser, libertad condicional, supervisión prolongada o libertad vigilada)?  ➤ Si la respuesta es <b>Sí</b> , proporcione el nombre, la dirección y el teléfono del organismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apellido –

SECCIÓN A – ACTOS, DELITOS E INFRACCIONES QUE PUEDEN ACTUAR COMO PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN	SÍ	NO
<p>4. ¿En la actualidad o alguna vez ha sido obligado a inscribirse en un registro nacional, tribal o estatal de delincuentes sexuales?</p> <p>➤ Si la respuesta es <b>Sí</b>, explique e incluya la ubicación, razón de la inscripción y cantidad de tiempo durante el cual debió estar inscripto.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. ¿En la actualidad es objeto de una investigación por abuso o abandono de menores por parte de un organismo gubernamental o regulador?</p> <p>➤ Si la respuesta es <b>Sí</b>, proporcione el nombre del organismo que realiza la investigación.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. ¿Algún gobierno u organismo regulador (que no sea la policía) alguna vez ha determinado que usted cometió abuso o abandono de un menor?</p> <p>➤ Si la respuesta es <b>Sí</b>, explique e incluya cuándo y dónde ocurrió y el nombre del organismo que realizó la determinación.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. ¿Algún gobierno u organismo regulador (que no sea la policía) alguna vez ha determinado que usted cometió abuso o abandono de alguna persona o cliente?</p> <p>➤ Si la respuesta es <b>Sí</b>, explique e incluya cuándo y dónde ocurrió.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. ¿Algún gobierno u organismo regulador (que no sea la policía) determinó que usted malversó (tomó o usó inadecuadamente) los bienes de una persona o cliente?</p> <p>➤ Si la respuesta es <b>Sí</b>, explique e incluya cuándo y dónde ocurrió.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. ¿Algún gobierno u organismo regulador (que no sea la policía) alguna vez ha determinado que usted cometió abuso de una persona de la tercera edad?</p> <p>➤ Si la respuesta es <b>Sí</b>, explique e incluya cuándo y dónde ocurrió.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. ¿Tiene una credencial emitida por el gobierno que no esté vigente o lo limite en la provisión de cuidado a los clientes?</p> <p>➤ Si la respuesta es <b>Sí</b>, explique e incluya nombre de la credencial, limitaciones o restricciones y período de tiempo.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN B – OTRA INFORMACIÓN OBLIGATORIA	SÍ	NO
<p>1. ¿Algún organismo gubernamental o regulador alguna vez le revocó, limitó o suspendió su licencia, certificación o inscripción para cuidar, tratar o proporcionar servicios educativos?</p> <p>➤ Si la respuesta es <b>Sí</b>, explique e incluya cuándo y dónde ocurrió.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. ¿Algún organismo gubernamental o regulador alguna vez le denegó el permiso o restringió su capacidad para vivir en el predio de un establecimiento que proporciona cuidado?</p> <p>➤ Si la respuesta es <b>Sí</b>, explique e incluya cuándo y dónde ocurrió y la razón.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apellido –

<b>SECCIÓN B – OTRA INFORMACIÓN OBLIGATORIA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
3. ¿Lo han dado de baja de una rama de las fuerzas armadas de los EE.UU., incluido cualquier componente de reserva?  ➤ Si la respuesta es sí, indique el año de la baja: _____ ➤ Adjunte una copia de su DD214 si lo dieron de baja en los últimos 3 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha residido fuera de Wisconsin en los últimos 5 años?  ➤ Si la respuesta es <b>Sí</b> , indique cada estado y las fechas en las que vivió ahí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han hecho una verificación de antecedentes de cuidador en los últimos 4 años?  ➤ Si la respuesta es <b>Sí</b> , indique la fecha de cada verificación, y el nombre, dirección y teléfono de la persona, el establecimiento u organismo gubernamental que realizó la verificación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez solicitó una revisión de rehabilitación al Wisconsin Department of Health Services o al Department of Children and Families, un departamento del condado, una agencia privada de colocación de menores, una junta escolar o tribu?  ➤ Si la respuesta es <b>Sí</b> , indique la fecha de la revisión, el resultado, la agencia que realizó la revisión y adjunte una copia de la decisión de revisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Una respuesta "NO" a todas las preguntas no garantiza el empleo, la residencia, un contrato ni una aprobación regulatoria.**

Entiendo, bajo pena de la ley, que la información proporcionada arriba es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa u omitir información a sabiendas puede provocar una confiscación y otras sanciones establecidas por la ley.

<b>FIRMA</b>	Fecha de la firma
--------------	-------------------



## **Formulario de Consentimiento para la Divulgación de Información Confidencial - Instrucciones**

Cada persona de 12 años de edad o más que completa un formulario de divulgación de antecedentes también debe completar el procedimiento de consentimiento adjunto para la Divulgación de Formulario de Información Confidencial. Esto permite que 4-C realice una verificación de servicio social con el condado donde reside el individuo.

Al completar este formulario, por favor, asegúrese de:

1. Llene su nombre, fecha de nacimiento, y la dirección en los cuadros en la esquina derecha superior de la forma.
2. Firme y feche el fondo. Si el individuo es un menor, un padre o guardián puede firmar en el cuadro inferior.

Si tiene preguntas acerca de este formulario, por favor comuníquese con 4-C al 608-271-9181.

**Permiso Para Divulgar Información Confidencial Incluyendo Alguna Información Médica Que Haya Sido Protegida**

Nombre del Individuo en los Documentos >	Fecha de Nacimiento >
Dirección >	
Ciudad, Estado y Código Postal >	
Nombre y Dirección de la Persona/Agencia Autorizada a Divulgar la Información: > Departamento de Servicios Humanos de los condados de Columbia y Dane y Rock y Sauk y Walworth	Nombre y Dirección de la Persona/Agencia a la Cual la Información Puede ser Divulgada > 4-C Certification, 5 Odana Court, Madison WI 53719

Derecho a Copiar e Inspeccionar: Si los documentos con respecto a tratamientos médicos o de enfermedades mentales, incapacidades del desarrollo, alcoholismo, o abuso de drogas son divulgados según ésta autorización, usted tendría el derecho a inspeccionar y a obtener una copia de los documentos divulgados una vez haya pagado los pertinentes cargos.

Sólo los siguientes documentos están autorizados a ser divulgados:

~~Copia completa de los documentos médicos especificados abajo:~~

~~Documentos de Inmunización (Vacunas)~~       ~~Documentos de Diagnósticos y Tratamientos~~

~~Reportes de Laboratorios~~       ~~Documentos de Diagnóstico y Tratamiento de VIH/SIDA~~       ~~Apuntes de Pacientes Externos~~

~~Otros~~

Documentos de Evaluación y Tratamiento de Abuso de Drogas y Alcohol

Documentos de Diagnósticos y Tratamientos de Enfermedades Mentales

Documentos de Servicios de Protección de Niños y Delincuencia

Documentos de Servicios Sociales

Documentos de Cumplimiento de la Ley

Documentos de la Corte Juvenil

~~Documentos de Educación que Incluyan Documentos de Comportamiento, Progreso, Estudiante y el Plan de Educación Individual (I.E.P.)~~

~~Otros~~

De las siguientes fechas: >

Todos los archivos / registros relacionados con personas indicadas anteriormente

Propósito por el cual la información es divulgada: > Elegibilidad para la certificación de cuidado infantil familiar en el hogar. La persona de arriba es un residente en el hogar o alguien que tenga contacto con los niños del cuidado infantil.

**Consentimiento Voluntario:** Yo doy voluntariamente mi consentimiento o permiso para que los documentos confidenciales descritos arriba sean revelados. Denegación a firmar ésta autorización no afectará mis derechos a recibir cuidado médico o pagos de reclamos a menos que la ley así lo indique.

**Fecha de Expiración o Evento:** Ésta autorización expira en un año de la fecha en que firmé.

**Derecho a Revocar:** Entiendo que en cualquier momento puedo revocar ésta autorización, con la excepción de la información que ya haya sido divulgada según ésta autorización; enviando un aviso de mi revocación por escrito a la persona/agencia autorizada por la presente a divulgar la información.

**Aviso de Re-Divulgar:** La información en los documentos confidenciales que haya sido divulgada por la presente se puede volver a divulgar a la corte juvenil y puede ser compartida con el abogado del menor, tú abogado, el abogado de cualquier otro grupo que esté presente ante la corte y a la corte defensora asignada especialmente para tu niño. Después, la información puede ser divulgada a cualquier evaluador asignado por la corte o a cualquier proveedor de servicios ordenados por la corte.

Al firmar abajo la presente, autorizo la revelación de los documentos confidenciales descritos arriba a las personas/agencias especificadas arriba.

<b>Firma del Padre o Guardián</b>	Fecha	Título o Relación al Individuo en los Documentos >
-----------------------------------	-------	---

<b>Firma del Individuo en los Documentos si es un Adulto</b>	Fecha
--	-------