



## SOLICITUD DE COMPROBACIÓN DE ANTECEDENTES – HOGAR REGISTRADO

Tipo de hogar: (marque una casilla)

- Hogar registrado – Subvenciones y Alimentos
- Hogar registrado - Solo Alimentos

Tipo de cuidador: (marque una casilla)

- Cuidador primario
- Cuidador sustituto

**Número de identificación  
de la huella digital**

\_\_\_\_\_

Nombre del Cuidador Primario: \_\_\_\_\_

### 1. Por favor elija un patrocinador de alimentos: (SOLAMENTE cuidador primario)

Patrocinador:	Representante:	Teléfono:
Dirección:	Ciudad/estado:	Código Postal:

### 2. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE / CUIDADOR:

Primer nombre:	Nombre intermedio:	Apellido:	Por favor incluya cualquier alias /AKA
----------------	--------------------	-----------	--

Sin nombre intermedio  Inicial solamente

Dirección física:	Dirección postal:	<input type="checkbox"/> Igual que dirección física
-------------------	-------------------	---

Ciudad, estado y código postal:	Ciudad, estado y código postal:
---------------------------------	---------------------------------

Número de teléfono primario:	Número del Seguro Social:
------------------------------	---------------------------

Número de teléfono secundario:	Fecha de nacimiento:
--------------------------------	----------------------

Idioma primario	Fecha de nacimiento:	Sexo: (marque una opción)	Estado civil: (marque una opción)
		Masculino Femenino	Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

### 3. INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS ACTUALES DE LOS HOGARES ADULTOS

Si necesita más espacio, use una hoja de papel separada.

Primer nombre:	Nombre intermedio:	Apellido:	Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	Relación o parentesco:	Sexo(H/M)
----------------	--------------------	-----------	---------------------------	----------------------	------------------------	-----------

1.

2.

3.

4.

### 4. Historial de empleo (últimos diez años; incluya las fechas de empleo / explique las deficiencias en el empleo)

Nombre del empleador	Fechas empleadas
a.	
b.	
c.	
d.	

Incluya hojas adicionales si es necesario

### 5. Historial de educación (incluya primero los más recientes) (Universidad, escuela superior, formación profesional y secundaria)

Nombre de la institución	Fechas asistidas
a.	
b.	
c.	
d.	

Incluya hojas adicionales si es necesario

### 6. INFORMACIÓN COLATERAL QUE SE USARÁ PARA DETECCIÓN DE ABUSO / DESCUIDO:

Direcciones anteriores durante los últimos cinco años. Si necesita más espacio, use una hoja de papel separada.

Dirección (calle y número):	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
-----------------------------	---------	---------	----------------

a.

b.

c.

d.

**Solo para uso oficial - Debe ser firmado por un representante del ECECD**

### APROBACIÓN DE LA ATENCIÓN REGISTRADA:

Esta solicitud ha sido revisada de conformidad con las reglamentaciones aplicables contenidas en la sección 8.9.6 del NMAC, Disposiciones generales que rigen las verificaciones de antecedentes y la verificación del historial de empleo, y se ha tomado la determinación de conceder a este solicitante la Elegibilidad para la Verificación de Antecedentes.

Todo cambio a esta solicitud se debe informar de inmediato al ECECD para que se tome la determinación de si el solicitante continúa cumpliendo los criterios establecidos en la sección 8.9.6 del NMAC.

\_\_\_\_\_  
Representante de ECECD

\_\_\_\_\_  
Fecha

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO del SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

**7. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE HAYAN VIVIDO CON USTED DENTRO DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (incluya todos los adultos y niños)**

Primer nombre:      Nombre intermedio:      Apellido:      Número del Seguro Social:      Fecha de nacimiento:      Relación o parentesco:      Sexo(H/M)

a.

b.

c.

d.

Incluya hojas si es necesario

**8. INTERACCIÓN CON EL ECECD**

a. ¿Alguna vez le han negado una revisión de antecedentes de la ECECD u otra agencia estatal o federal de licencias de algún tipo?

\_\_\_\_\_ Sí.      \_\_\_\_\_ No.

En caso afirmativo, debe proporcionar una explicación detallada de las circunstancias.

b. ¿Ha sido objeto alguna vez de una investigación de la ECECD u otra agencia estatal de servicios sociales sobre abusos o descuido de niños o adultos como presunto autor o miembro del hogar? Nota: Si no entiende esta pregunta, busque aclaraciones. La falta de respuesta a esta pregunta puede dar lugar a la denegación de su solicitud.

\_\_\_\_\_ Sí.      \_\_\_\_\_ No.

En caso afirmativo, debe proporcionar una explicación detallada de las circunstancias de cada investigación, la fecha y el resultado.

**9. INTERACCIÓN CON LAS AUTORIDADES DE LA LEY**

¿Alguna vez te acusaron, arrestaron o condenaron por un crimen?

\_\_\_\_\_ Sí.      \_\_\_\_\_ No.

En caso afirmativo:

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Lista el nombre del crimen o delitos que se le acusó?:

¿Cuál fue la disposición (resultado)? ¿Por favor, adjunte una copia de la disposición judicial?:

Explique las circunstancias que rodearon cada acusación, detención o condena penal:

**10. FIRMA DEL SOLICITANTE**

Entiendo que la información presentada se utilizará para realizar una comprobación de antecedentes de FBI y yo, \_\_\_\_\_, por el presente afirmo bajo pena de perjurio que todas las respuestas dadas en esta declaración son verdaderas y exactas, según mis conocimientos. Al firmar esta afirmación, reconozco que toda falsedad, omisión o respuesta intencionalmente engañosa será motivo para negar mi solicitud. Si no entiendo ninguna de las preguntas, buscaré ayuda y pediré más información.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha



## DECLARACIÓN ESCRITA DE ADULTOS - HOGAR REGISTRADO

Nombre de los proveedores primarios: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor primario: \_\_\_\_\_

Miembro del hogar

Paso mucho tiempo en el hogar del proveedor primario

Número de identificación de la huella  
digital  
(NO ES NECESARIO EN LA CASA SOLA DE  
ALIMENTOS)

### 1. INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO:

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Nombre intermedio: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Por favor incluya cualquier alias /AKA

Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

### 2. ESTADO CIVIL ACTUAL

Soltero/a

Casado/a

Separado/a

Divorciado/a

Viudo/a

### 3. DIRECCIÓN ACTUAL

### 4. DIRECCIONES ANTERIORES (en los últimos cinco años, los últimos primeros, incluyen direcciones y fechas completas que usted residía allí)

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Incluya hojas adicionales si es necesario

### 5. HISTORIA DEL EMPLEO (últimos diez años anteriores se incluyen las fechas de empleo/explicación de las deficiencias en el empleo)

Nombre del empleador

Fechas empleadas

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_

### 6. HISTORIA ESCOLAR (primero, la lista más reciente)

(Universidad, escuela superior, formación profesional y secundaria)

Nombre de la institución

Fechas asistidas

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_

### 7. TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE HAN VIVIDO CON USTED EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS (Lista todos los adultos y niños)

Primer nombre: \_\_\_\_\_ Nombre intermedio: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo (H/M)

a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

Incluya hojas adicionales si es necesario

### 8. INTERACCIÓN CON EL ECECD

¿Alguna vez le han negado una revisión de antecedentes de la ECECD u otra agencia estatal o federal de licencias de algún tipo?

Sí. \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, debe proporcionar una explicación detallada de las circunstancias de cada investigación, la fecha y el resultado.

¿Alguna vez fue sometido/a a una investigación del ECECD o de otra agencia de servicio social por abuso o abandono de menores o adultos, en carácter de presunto responsable o miembro del hogar? Nota: Si no entiende esta pregunta, solicite aclaración. El no responder esta pregunta en forma veraz puede dar lugar al rechazo de su solicitud.

Sí. \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, debe proporcionar una explicación detallada de las circunstancias de cada investigación, la fecha y el resultado.

### 9. INTERACCIÓN CON LAS AUTORIDADES POLICIALES

¿Alguna vez ha sido acusado, arrestado, condenado por un crimen? Nota: Si no entiende esta pregunta, busque aclaraciones. La falta de respuesta a esta pregunta puede dar lugar a la denegación de su solicitud.

Sí. \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

En caso afirmativo: Cuándo \_\_\_\_\_

¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Lista el nombre del crimen o delitos que se le acusó?:

¿Cuál fue la disposición (resultado)? ¿Por favor, adjunte una copia de la disposición judicial?:

Explique las circunstancias que rodearon cada acusación, detención o condena penal:

### 10. FIRMA

Entiendo que la información presentada se utilizará para realizar una comprobación de antecedentes de FBI y yo, \_\_\_\_\_, por el presente afirmo bajo pena de perjurio que todas las respuestas dadas en esta declaración son verdaderas y exactas, según mis conocimientos. Al firmar esta afirmación, reconozco que toda falsedad, omisión o respuesta intencionalmente engañosa será motivo para negar mi solicitud. Si no entiendo ninguna de las preguntas, buscaré ayuda y pediré más información.

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha