

ЗАПРОС НА ЭЛЕКТРОННОЕ СНЯТИЕ ОТПЕЧАТКОВ ПАЛЬЦЕВ - ОТДЕЛ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ЛИЦ ПРИСМАТРИВАЮЩИХ ЗА ДЕТЬМИ ИЛИ ПОЖИЛЫМИ

Подается заявителем

1. ORI*: A0448			
2. Название должности: (Отметьте <input checked="" type="checkbox"/> одно) <input type="checkbox"/> Совершеннолетний проживающий, но не клиент <input type="checkbox"/> Работник <input type="checkbox"/> Запрашивающий лицензию/сертификат <input type="checkbox"/> Волонтер			
3. Утвержденный вид заявителя - Со страницы 2 запишите аббревиатуру вида организации "DOJ Abbreviated CCLD Facility Type."			
4. Адрес агентства представляющего дополнительную инфотмацию:			
CA Dept of Social Services		03502	
Агентство уполномоченное получить информацию о криминальном прошлом		Почтовый код (5-ти значный код установленный DOJ)	
PO BOX 944243		Mail Station 19-62	
N/A		N/A	
Улица №	Улица или П/Я (PO Box)	Имя для связи (Обязательно для всех документов представленных школами)	
Sacramento,	CA	94244-2430	() N/A
Город	Штат	Почтовый индекс	№ телефона для контакта
5. Информация заявителя:			
Имя заявителя: (печатными буквами) _____			
_____ ФАМИЛИЯ		_____ ИМЯ _____ СРЕДНЕЕ	
АКА's* (Также известный как): _____		CDL* (Права №) _____	
_____ ФАМИЛИЯ _____ ИМЯ			
DOV*: _____	ПОЛ: <input type="checkbox"/> Муж. <input type="checkbox"/> Жен.	Misc. No. BIL* - _____	НОМЕР ПЛАТЕЖ. АГЕНТСТВА (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)
HT (Рост): _____	WT (Вес): _____	Номер.* : _____	РЕГ, НОМЕР ИНОСТРАНЦА, №ОД, УД. ИЛИ УДОСТОВ. ЛИЧН.
Цвет глаз: _____	Цвет волос: _____	Дом. адрес: (Должны заполнить все запрашивающие)	
Место рождения: _____	_____ УЛИЦА ИЛИ ПОЧТОВЫЙ ЯЩИК (P.O. BOX)		
SOC*: _____	_____ ГОРОД, ШТАТ И ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС		
(См. заявление о конфиденциальности на стр. 4)			
6. Номер учреждения*: _____		Уровень ведомства* <input checked="" type="checkbox"/> DOJ <input checked="" type="checkbox"/> FBI	
Если повторное снятие отпечатков пальцев из-за качества отпачтков (select R2), Укажите номер ATI _____			
7. Работодатель: (Дополнительный ответ только от Департамента социальных услуг, лицензирования департаментами DMV/CHP и Департамента корпораций)			
Имя работодателя _____			
№ Дома	Улица или PO Box (почтовый ящик)	Почтовый код* (пяти-значный код закрепленный DOJ)	
Город	Штат	Почтовый индекс	№ телефона агентства. (Необязательно)
8.			
Электронное снятие отпечатков пальцев произведено* : _____		Date(Дата) _____	
Name of Operator (Имя Оператора)			
Transmitting Agency*	LSID#*	ATI No.*	Amount Collected/Billed* (Сумма)

**ПРАВИЛА ДЛЯ ЗАПРАШИВАЮЩИХ ЛИЦЕНЗИЮ ПО ПРИСМОТРУ (CCLD), У КОТОРЫХ СНИМАЮТ ОТПЕЧАТКИ ПАЛЬЦЕВ В СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧАСТКАХ (CCLD или DOJ SITE)
Инструкции для формы LIC 9163**

- (ORI) (как обозначено в оригинальном тексте) Указывает для чего будут использоваться отпечатки пальцев :** Напечатано заранее на форме.
- Название должности:** Отметьте соответствующий квадрат.
- Утвержденный вид заявителя:** Укажите вид учреждения, где вы будете работать.

Из левой колонки выберите вид вашей лицензированной организации и в правой колонке найдите соответствующий вид организации DOJ. **Введите аббревиатуру соответствующего вида организации DOJ на этой линии.**

Примечание: В следующей таблице, возможно, вы сможете идентифицировать себя с более, чем одним видом учреждения в каждой категории. Пожалуйста, выберите только один вид учреждения в любой категории, указав учреждение, с которым вы больше всего связаны ежедневно.

Если это подходящий для вас вид учреждения ⇒ **Введите аббревиатуру этого вида организации в вашу анкету.**

CCLD Тип учреждения по категориям	Аббревиатура DOJ вида учреждения CCLD
Adult Day Care Facility (Учреждение по присмотру за взрослыми в теч. дня) Adult Day Support Center (Центр дневной поддержки взрослых) Adult Residential Facility (Учреждение по присмотру и проживания взрослых)	Adult Day/Resident/Rehab (Учреждение по присмотру за взрослыми в течение дня)
Child Care Center (Центр по присмотру за детьми) (Детский сад) Infant Center (Центр по присмотру за младенцами) (ясли) Mildly Ill Center (Центр легко больных) School Age Child Care Center (Центр по присмотру за детьми школьного возраста)	Day Care Cent more/6 Child (Центр по присмотру за детьми)
Family Child Care Home (Семейный детский сад)	Family Day Care (Семейный детский сад)
Foster Family Agency (Агентство по временному усыновлению) Foster Family/Adoptions Agency (Агентство временного/постоянного усыновления) Foster Family Agency Sub Office (Филиал гентства временного/постоянного усыновления)	Foster Family / Adopt Emp. (временное воспитание)
Foster Family Agency - Certified Home (Агентство по временному усыновлению - лицензированный дом временного воспитания детей) Foster Family Home (Лицензированный дом временного воспитания детей)	Foster Family Home (Лицензированный дом временного воспитания детей)
Group Home (6 or less children) (дом по уходу за группой детей) (6 или менее детей) (любой частный дом, включая учреждение по присмотру за детьми, предоставляющее услуги группе детей, нуждающихся в уходе, и имеющее лицензию учреждения по присмотру за детьми)	Group Home 6 / child less (дом по уходу за группой детей)
Group Home (7 or more) (дом по уходу за группой детей - 7 или больше) Community Treatment Facility (Учреждение по лечению)	Group Home more / 6 child (дом по уходу за группой детей)
Residential Care Facility for the Chronically Ill (Учреждение по присмотру за хронически больными) Residential Care Facilities for the Elderly (Учреждение по присмотру за пожилыми)	Residentl Care Fac Elderly (Учреждение по присмотру за пожилыми)
Small Family Home (Малый семейный дом по присмотру) Transitional Housing Placement Program (Переходная программа по размещению)	Resid Child Care 6 / less (Учреждение по присмотру за 6-ю или менее детей)
Social Rehabilitation Facility (Учреждение по реабилитации)	Adult Day / Resident / Rehab (Присмотр за взрослыми в течение дня)

4. Адрес агентства, занимающегося этим вопросом:

Агентство уполномочено получить информацию о криминальном прошлом:

Следующая информация напечатана заранее:

Агентство: CA Dept of Social Services **Почтовый код:** 03502

Номер: P.O. BOX 944243, M.S. 19-62 **Имя контакта:** N/A

Город, Штат, П.Индекс: Sacramento, CA 94244-2430 **№ телефона контакта.:** N/A

5. Информация просителя: Напишите печатными буквами ваше полное имя (фамилия, имя, инициал).

AKA's: Указать, если пользовался другими именами **CDL No:** Номер водительского или личного удостоверения штата CA

DOB: Дата рождения **Пол:** М или Ж **MISC No: BIL -** Введите платежный номер агентства, если требуется

HT: Рост **WT:** Вес **MISC No.:** Введите любые другие номера удостоверений (РЕГ. НОМЕР НЕГРАЖДАНИНА, ВОД. УДОСТОВ. ДРУГОГО ШТАТА)

EYE Color: Цвет глаз **HAIR Color:** Цвет волос **Home Address:** Домашний адрес просителя

POB: Штат или страна рождения

SOC: Номер социального страхования (необязательно) (См. Заявление о Конфиденциальности на стр.4)

6. Facility Number: Введите номер учреждения или закрепленный номер OCA (Номер удостоверяющий учреждение).

Level of Service: Напечатан заранее

Примечание: Если требуется проверка лица через **Центральный список лиц жестоко относящихся к детям (CACI)**, он будет автоматически заполнен **DOJ** и любая соответствующая оплата за это будет востребована. Проситель не должен заполнять эту часть.

Если повторное снятие отпечатков пальцев из-за того, что первый раз отпечатки были плохого качества, укажите первоначальную информацию просителя (Original Applicant Tracking Information (ATI)): Если у вас снимают повторно отпечатки пальцев, укажите первоначальный номер ATI указанный на извещении, чтобы не платить еще раз за обработку отпечатков пальцев.

7. Работодатель: Укажите название и адрес учреждения, для которого у вас снимают отпечатки пальцев.

Название учреждения: Укажите название учреждения.

Адрес: Укажите адрес учреждения.

Почтовый код: Укажите почтовый код учреждения (если требуется).

Город, штат, почтовый индекс: Укажите город, штат и почтовый индекс учреждения.

№ телефона агентства.: Укажите № телефона агентства.

8. Live Scan Transaction Completed By: Этот раздел будет заполнен лицом, снимающим отпечатки пальцев.

Возьмите эту форму с собой в день снятия отпечатков пальцев. Лицо, снимающее отпечатки пальцев заполнит раздел 8. Если снимающий отпечатки пальцев (**Live Scan Operator**) является **IBT - L1**, он(а) вернет вам заполненную форму. Сохраните её для себя.

Если снимающий отпечатки пальцев не является **IBT - L1**, вам нужно будет сделать 2 копии с этой формы. Одна копия останется у снимающего отпечатки пальцев а вторую вы можете сохранить для себя.

ЗАЯВЛЕНИЕ О КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

В соответствии с Федеральным актом о конфиденциальности (Federal Privacy Act (P.L. 93-579)) и актом об информации (Information Practices Act of 1977 (Civil Code section 1798 et seq.)), дается извещение о запросе номера социального страхования (Social Security Number (SSN)) в этой форме. Министерство юстиции штата Калифорния использует номер SSN лица как идентифицирующий номер. Предоставление запрошенного номера SSN добровольно. Непредоставление номера SSN может задержать рассмотрение этой формы и проверку криминального прошлого.

Для того, чтобы вы могли иметь лицензию, работать или находиться в лицензированном учреждении, закон требует, чтобы вы прошли проверку криминального прошлого. Кодекс (Health and Safety Code sections 1522, 1568.09, 1569.17 and 1596.871). Департамент создаст дело в отношении проверки вашего криминального прошлого, в котором будут находиться определенные документы, включая предоставленную вами информацию. Вы имеете право доступа к определенным документам, находящимся в департаменте, содержащим вашу личную информацию (Civil Code section 1798 et seq.). В соответствии с Актом архивов, открытых для общественности (California Public Records Act), возможно департаменту придется предоставить копии каких либо документов в деле членам общественности, которые их запросят, включая репортеров газет и телевидения.

ПРИМЕЧАНИЕ: ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Департамент обязан сообщить лицам, включая прессу, которые спросят, если кто-либо в лицензированном учреждении имеет исключение на работу не смотря на криминальное прошлое. Также, департамент должен сообщить лицам, которые спросят, название лицензированного учреждения в котором есть лицензированный работник, работник, проживающий или другое лицо, у которого есть разрешение на работу, не смотря на криминальное прошлое.

Если у вас есть любые вопросы в отношении этой формы, пожалуйста, обратитесь в районный отдел лицензирования.