

PETICIÓN PARA QUE SE TOMEN LAS HUELLAS DACTILARES ELECTRÓNICAMENTE (LIVE SCAN)

Presentada por el solicitante

1. ORI: A0448			
2. Título/puesto en el trabajo: <i>(Marque ✓ uno)</i> <input type="checkbox"/> Adulto residente que no es cliente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Solicitante de licencia/certificación <input type="checkbox"/> Voluntario			
3. Tipo de solicitante autorizado - Use la lista en la página 2, "Tipos de establecimientos del CCLD abreviados por el DOJ."			
4. Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:			
CA Dept of Social Services		03502	
Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales		Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
PO BOX 944243 Mail Station 19-62		N/A	
Número Nombre de la calle o apartado postal		Nombre de la persona contacto <i>(Obligatorio para todas las presentaciones para escuelas)</i>	
Sacramento, CA 94244-2430		() N/A	
Ciudad Estado Código postal		Número de teléfono de la persona contacto	
5. Información del solicitante:			
Nombre del solicitante: <i>(Por favor escriba con letra de molde.)</i> _____			
		APELLIDO	NOMBRE
		INICIAL DEL NOMBRE QUE USA EN MEDIO	
AKA's <i>(Alias, otros nombres que ha usado):</i> _____			
		APELLIDO	PRIMER NOMBRE
DOB (Fecha de nacimiento): _____		SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
		Misc. No.: BIL -	
		NUMERO DE LA OFICINA A LA QUE SE LE DEBE COBRAR (SI ES PERTINENTE)	
HT (Estatura): _____		WT (Peso): _____	
		Misc. No.:	
		NÚMERO DE TARJETA DE RESIDENTE LEGAL, LICENCIA DE MANEJAR O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (I.D.) DE OTRO ESTADO	
EYE Color <i>(Color de OJOS):</i> _____		HAIR Color <i>(Color de PELO):</i> _____	
		Dirección: <i>(Todos los solicitantes tienen que anotar esta información.)</i>	
POB (Lugar de nacimiento): _____		_____	
		NÚMERO Y NOMBRE DE LA CALLE O APARTADO POSTAL	
SOC (Número de Seguro Social): _____		_____	
<i>(Vea la "Declaración sobre la confidencialidad" en la Página 4)</i>		CIUDAD, ESTADO, Y CÓDIGO POSTAL	
6. Número del establecimiento: _____		Nivel de servicio <input checked="" type="checkbox"/> DOJ <input checked="" type="checkbox"/> FBI	
Si se presenta otra vez debido a la calidad de las huellas dactilares, <i>(select R2)*</i> , anote el <i>Original ATI No.</i> _____			
7. Empleador: <i>(Respuesta adicional solamente para presentaciones del Departamento de Servicios Sociales, licenciamiento relacionado al Departamento de Vehículos Motorizados/Patrulla de Caminos de California, y el Departamento de Corporaciones.)</i>			
Nombre del empleador _____			
Número Nombre de la calle o apartado postal		Código para el correo (código de 5 números asignado por el DOJ)	
Ciudad Estado Código postal		Número de teléfono de la oficina <i>(opcional)</i>	
8.			
Live Scan Transaction Completed By: _____		Date _____	
		Name of Operator	
Transmitting Agency		LSID#	
ATI No.		Amount Collected/Billed	

NORMAS PARA LOS SOLICITANTES DE LICENCIAMIENTO PARA OFRECER CUIDADO EN LA COMUNIDAD (CCLD) QUE ACUDEN A UN LUGAR DONDE SE PUEDEN TOMAR LAS HUELLAS DACTILARES ELECTRÓNICAMENTE (LIVE SCAN) (UN LUGAR DE CCLD o DEL DOJ [DEPARTAMENTO DE JUSTICIA])
Instrucciones para completar el formulario LIC 9163

- ORI (por sus siglas en inglés)** es el código que identifica para qué se van a usar las huellas dactilares: Ya está impreso.
- Título/puesto en el trabajo.** Marque la casilla pertinente.
- Tipo de solicitante autorizado:** Indique el tipo de establecimiento donde estará trabajando.
 Escoja el tipo de su establecimiento con licencia de la lista en la columna a la izquierda, y en la columna a la derecha encuentre el tipo de establecimiento abreviado del DOJ que le corresponde. **En esta línea, anote el tipo de establecimiento abreviado que le corresponde bajo la columna del DOJ.**

Nota: En la tabla que aparece a continuación es posible que usted se pueda identificar con más de un tipo de establecimiento dentro de una categoría. Por favor seleccione solamente un tipo de establecimiento en la categoría con la cual está más asociado día a día.

Si este tipo de establecimiento es pertinente a usted

⇒ Anote este tipo de establecimiento abreviado en su solicitud.

Tipo de establecimiento de CCLD por categorías	Tipos de establecimientos del CCLD abreviados por el DOJ
Adult Day Care Facility (<i>Establecimiento para el cuidado de adultos durante el día</i>) Adult Day Support Center (<i>Centro de apoyo para adultos durante el día</i>) Adult Residential Facility (<i>Establecimiento residencial para adultos</i>)	Adult Day / Resident / Rehab <i>(Cuidado para adultos durante el día / residencial / rehabilitación)</i>
Child Care Center (<i>Guardería infantil</i>) Infant Center (<i>Guardería para bebés</i>) Mildly Ill Center (<i>Centro para personas ligeramente enfermas</i>) School Age Child Care Center (<i>Guardería para niños de edad escolar</i>)	Day Care Cent more / 6 Child <i>(Guardería con más de 6 niños)</i>
Family Child Care Home (<i>Hogar que proporciona cuidado de niños</i>)	Family Day Care (<i>Cuidado de niños en un hogar con licencia</i>)
Foster Family Agency (<i>Agencia con licencia del Estado para aprobar hogares de crianza temporal</i>) Foster Family / Adoptions Agency (<i>Agencia con licencia del Estado para aprobar hogares de crianza temporal/adopciones</i>) Foster Family Agency Sub Office (<i>Oficina bajo una agencia con licencia del Estado para aprobar hogares de crianza temporal</i>)	Foster Family / Adopt Emp. <i>(Empleo relacionado a crianza temporal / adopciones)</i>
Foster Family Agency - Certified Home (<i>Agencia con licencia del Estado para aprobar hogares de crianza temporal - hogares certificados</i>) Foster Family Home (<i>Hogar de crianza temporal</i>)	Foster Family Home (<i>Hogar de crianza temporal</i>)
Group Home (6 or less children) (<i>Hogar colectivo para el cuidado de niños [6 niños o menos]</i>)	Group Home 6 / child less <i>(Hogar colectivo con 6 niños o menos)</i>
Group Home (7 or more) (<i>Hogar colectivo para el cuidado de niños [7 niños o más]</i>) Community Treatment Facility (<i>Establecimiento para tratamiento en la comunidad</i>)	Group Home more / 6 child <i>(Hogar colectivo con más de 6 niños)</i>
Residential Care Facility for the Chronically Ill (<i>Establecimiento residencial para el cuidado de personas con enfermedades crónicas</i>) Residential Care Facilities for the Elderly (<i>Establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada</i>)	Residentl Care Fac Elderly <i>(Establecimiento residencial para el cuidado de personas de edad avanzada)</i>
Small Family Home <i>(Hogar que proporciona cuidado a un número pequeño de niños)</i> Transitional Housing Placement Program <i>(Programa de Colocación Transicional en una Vivienda)</i>	Resid Child Care 6 / less <i>(Cuidado de niños en una residencia - 6 ó menos)</i>
Social Rehabilitation Facility <i>(Establecimiento para rehabilitación social)</i>	Adult Day / Resident / Rehab <i>(Cuidado para adultos durante el día / residencial / rehabilitación)</i>

4. Dirección de la oficina que contribuye a esta presentación:

Oficina autorizada para recibir el historial de antecedentes penales:

La siguiente información ya aparece impresa en el formulario:

Oficina: CA Dept of Social Services

Código para el correo: 03502

Número y nombre de la calle: PO BOX 944243, M.S. 19-62

Nombre de la persona contacto: N/A

Ciudad, Estado, Código postal: Sacramento, CA 94244-2430

Número de teléfono de la persona contacto: N/A

5. Información del solicitante: Anote con letra de molde su nombre completo (apellido, nombre, inicial del nombre que usa en medio).

AKA's: Otros nombres que el solicitante ha usado

CDL No.: Número de licencia de manejar o número de identificación en California.

DOB: Fecha de nacimiento SEXO: Masculino o Femenino

Misc. No.: BIL - Anote el número de la oficina a la que se le debe cobrar, si es pertinente.

HT: Estatura WT: Peso

Misc. No.: Anote cualquier otro número(s) de identificación
(NÚMERO DE TARJETA DE RESIDENTE LEGAL, LICENCIA DE MANEJAR O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN [I.D.] DE OTRO ESTADO.)

EYE Color: Color de ojos

HAIR Color: Color de pelo

Dirección: Dirección del solicitante.

POB: Estado o país en donde nació

SOC: Número de Seguro Social (opcional) (Vea la "Declaración sobre la confidencialidad" en la Página 4.)

6. Número del establecimiento: Anote el número del establecimiento o el número *OCA* asignado (número de identificación de la oficina).

Nivel de servicio: **Ya está impreso.**

Nota: Si se requiere una revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños (CACI), el DOJ automáticamente la llevará a cabo y se cobrarán todas las cuotas pertinentes. No es necesario que el solicitante marque nada.

Si se presenta otra vez debido a la calidad de las huellas dactilares, anote el *Original ATI No.* (número asignado al solicitante la primera vez que presenta una petición para que se tomen las huellas dactilares electrónicamente). Si sus huellas dactilares no fueron aceptadas y las está presentando otra vez, anote el *Original ATI No.* que aparece en la notificación de rechazo, para evitar que se le cobre una cuota adicional para el trámite.

7. Empleador: Anote el nombre y dirección del establecimiento para el cual se está tomando las huellas dactilares.

Nombre del empleador:

Anote el nombre del establecimiento.

Número y nombre de la calle:

Anote la dirección del establecimiento.

Código para el correo:

Anote el código para el correo del establecimiento (si es pertinente).

Ciudad, Estado, Código postal:

Anote la ciudad, estado, y código postal del establecimiento.

Número de teléfono de la oficina:

Anote el número de teléfono del establecimiento.

8. **Live Scan Transaction Completed By:** Esta sección aparece en inglés debido a que es para que la complete la persona encargada de proporcionar los servicios de *Live Scan*.

Lleve este formulario el día que le van a tomar las huellas dactilares. La persona encargada de proporcionar los servicios de *Live Scan* completará la Sección 8. Si IBT - L1 son los que le proporcionarán los servicios de *Live Scan*, ellos le entregarán el formulario completado. Guarde este formulario en sus expedientes.

Si usa los servicios de *Live Scan* de otro que no sea IBT - L1, necesitará llevar dos (2) formularios. Un formulario se quedará con quien le proporcione los servicios y el otro usted lo puede guardar para sus expedientes.

DECLARACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD

De acuerdo con el Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-579) y el Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (Sección 1798, y siguientes, del Código Civil), se da aviso de que se solicita el número de Seguro Social (SSN) en este formulario. El Departamento de Justicia de California usa el SSN de una persona como un número que conduce a su identificación. El proporcionar el SSN es voluntario. El no proporcionarlo pudiera demorar la tramitación de este formulario y la revisión de los antecedentes penales.

Para tener una licencia, o para trabajar o estar presente en un establecimiento con licencia, la ley requiere que usted complete una revisión de los antecedentes penales (Secciones 1522, 1568.09, 1569.17 y 1596.871 del Código de Salud y Seguridad). El Departamento creará un expediente sobre la revisión de sus antecedentes penales, el cual incluirá ciertos documentos, incluyendo la información que usted proporcione. Usted tiene el derecho de acceso a cierta documentación que contiene sus datos personales y que el Departamento mantiene (Sección 1798, y siguientes, del Código Civil). De acuerdo con el Decreto de California sobre Registros Públicos, el Departamento posiblemente tenga que proporcionar copias de algunos de los documentos en el expediente a miembros del público que los pidan, incluyendo reporteros de periódicos y televisión.

NOTA: INFORMACIÓN IMPORTANTE

Se requiere que el Departamento les diga a las personas que le pregunten, incluyendo la prensa, si alguien en un establecimiento con licencia tiene una exención con respecto a los antecedentes penales. El Departamento también tiene que decirles a las personas que le pregunten el nombre de cualquier establecimiento con licencia donde haya una persona con licencia, un empleado, un residente, u otra persona que tenga una exención con respecto a los antecedentes penales.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor comuníquese con su oficina regional local de licenciamiento.