

Office Use Only

Solicitud de Revisión de Antecedentes Portátil

Herramienta de Educación Administrada e Información del Registro
merit.del.wa.gov

Preguntas directas con respecto a las solicitudes de Revisión de Antecedentes Portátil (PBC) a su oficina local de licencias del Departamento de Aprendizaje Temprano (DEL).

INSTRUCCIONES

Use esta solicitud para solicitar una Revisión de Antecedentes Portátil (PBC) si está solicitando trabajo, está trabajando u ofreciéndose como voluntario, o si usted es miembro de la unidad familiar en un establecimiento de cuidado de niños autorizado o certificado.

- **Use esta hoja de solicitud solamente si no tiene acceso al Internet.**
- Para procesar su solicitud, usted debe tener primero un registro profesional en MERIT con una identificación STARS. Llame a su oficina local de licencias de DEL y solicite que se le envíen por correo los formularios de MERIT.
- Llene tanto la solicitud de MERIT como la solicitud de PBC. Toda la información es obligatoria, a menos que se indique como opcional. Escriba claramente en letra de molde usando tinta azul o negra.
- Luego de que haya llenado ambos formularios, envíelos por correo a la dirección que se indica en la Sección 7.
- La tarifa para procesar una solicitud en papel es \$24.00. Vea la sección pagos para obtener información sobre los tipos de pago y envíos postales.

*Ahorre dinero y tiempo llenando su solicitud de Revisión de Antecedentes Portátil (PBC) en línea – la tarifa para procesar una solicitud en línea es solamente \$12.00 (en comparación con los \$24 para procesar en papel). Primeramente cree su registro profesional de MERIT y solicite su identificación STARS. Solicite su PBC en línea usando la pestaña ‘solicitudes’ en MERIT. Diríjase a: merit.del.wa.gov y ahorre dinero ahora.

****Por favor tome nota: se impondrá una tarifa de \$25.00 por un cheque rechazado por insuficiencia de fondos.**

¿Tiene usted 13, 14, o 15 años de edad? Si eligió **SÍ**, se llenará una revisión de antecedentes no penales, según WAC.
 SÍ NO

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido Legal (Si no tiene ninguno, anote “NINGUNO”)	Nombre Legal (Si no tiene ninguno, anote “NINGUNO”)	Segundo Nombre Legal (Si no tiene ninguno, anote “NINGUNO”)
Identificación STARS (Obligatoria para solicitar una PBC; puede ser 9 ó 10 dígitos) _____	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Número de Seguro Social (Opcional) ____-____-____
Número Telefónico de Contacto (____) ____-____	Número Telefónico Alterno (Opcional) (____) ____-____	Correo Electrónico ____@____.____
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Nombre del estado en el que se emitió la licencia para conducir o la identificación (ID) estatal actual	Número de licencia para conducir o identificación estatal actual (Para el Estado de Washington, esta anotación tiene que tener 12 caracteres) _____

SECCIÓN 2: OTROS NOMBRES DEL SOLICITANTE

Si el nombre en su licencia actual para conducir o tarjeta de identificación del estado y/o su nombre de nacimiento es diferente del nombre legal que usted anotó anteriormente, por favor liste cada uno a continuación, exactamente como aparece en la tarjeta. Liste todas las combinaciones de nombres que usted ha utilizado o por los que se le ha conocido, incluyendo los sobrenombres y alias. Si solamente se le ha conocido por su nombre legal, por favor marque la casilla:

No se me ha conocido por ningún otro nombre ni alias.

Apellido(s)	Nombre(s) o Sobrenombre(s)	Segundo(s) Nombre(s)

SECCIÓN 3A: DIRECCIÓN POSTAL DEL SOLICITANTE

Por favor anote su dirección postal actual.

Dirección Postal			Número de Apartamento/Unidad	
Ciudad	Estado	Código postal	Condado	País

SECCIÓN 3B: DIRECCIÓN FÍSICA DEL SOLICITANTE

1) ¿Cuántos años y meses consecutivos ha vivido usted en el Estado de Washington? Anote el número de años y meses que usted ha vivido en el Estado de Washington sin haber vivido en otro estado o país. Si se ha mudado fuera de Washington a otro estado o país, usted TIENE que comenzar a contar los años y meses a partir de la fecha en que se mudó nuevamente al Estado de Washington. Esto incluye asistir a la escuela en otro estado.

Años Meses

2) Por favor, liste su(s) dirección(es) durante los últimos **3 años consecutivos**. Agregue una página si necesita más espacio. No anote direcciones de "casilla postal".

Dirección actual en la que vive ahora		Número de Apartamento/Unidad	Desde: Mes / Año ____/____	Hasta: Mes / Año ____/____
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	País
Dirección anterior (si se aplica): En la que usted vivió anteriormente		Número de Apartamento/Unidad	Desde: Mes / Año ____/____	Hasta: Mes / Año ____/____
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	País
Dirección anterior (si se aplica): En la que usted vivió anteriormente		Número de Apartamento/Unidad	Desde: Mes / Año ____/____	Hasta: Mes / Año ____/____
Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	País

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Por favor, llene todos los campos para el **Proveedor Primario** (establecimiento) con los que usted está solicitando trabajar, está trabajando, se está ofreciendo como voluntario o donde usted es miembro de la unidad familiar. Se debe listar todos los nombres de los establecimientos de acuerdo al nombre de la licencia, el que se puede encontrar en la licencia del establecimiento. Para ayuda para llenar esta sección, póngase en contacto con el director, propietario o concesionario del establecimiento, o visite el sitio Web de DEL en www.del.wa.gov y Revisión de Cuidado de Niños. Mantenga en todo momento un registro de empleo actualizado, manteniendo al día su registro profesional en MERIT cuando cambie cualquier información.

Identificación de proveedor de DEL	Nombre del Establecimiento (para Hogar Familiar de Cuidado de Niños use el nombre del concesionario)	Puesto de Trabajo Seleccione su puesto de trabajo principal. Elija solamente uno. Fecha de inicio (mm/dd/aaaa): ____/____/____	
Dirección del Establecimiento		<input type="checkbox"/> Estoy solicitando actualmente Actualmente ocupo uno de los siguientes: <input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Personal Principal/Líder de Grupo <input type="checkbox"/> Concesionario <input type="checkbox"/> Miembro del Personal Principal <input type="checkbox"/> Subdirector <input type="checkbox"/> Asistente o Auxiliar <input type="checkbox"/> Supervisor del Programa <input type="checkbox"/> Personal docente <input type="checkbox"/> Coordinador del Establecimiento <input type="checkbox"/> Miembro de la Unidad Familiar del Establecimiento <input type="checkbox"/> Maestro Principal <input type="checkbox"/> Otro	
Ciudad	Estado		Código postal
Número Telefónico del Establecimiento (____) ____ - ____			

SECCIÓN 5A: INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

1) En los últimos tres años, ¿ha completado usted una revisión de huellas digitales para el Departamento de Aprendizaje Temprano (DEL) o para el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)? SÍ NO

2) ¿Ha sido usted condenado por algún delito o ha tenido alguna otra disposición de cargos criminales en su contra en alguna jurisdicción local, estatal, federal, militar (ya sea a través de medios judiciales o SÍ NO

extrajudiciales), tribales o del exterior? Para el propósito de esta pregunta, “delito” significa una felonía, un delito menor grave o un delito menor.

Si la respuesta es **SÍ**, llene los campos a continuación. Agregue una página si necesita más espacio.

Delito	Jurisdicción	Fallo	Fecha del Fallo
--------	--------------	-------	-----------------

Delito	Jurisdicción	Fallo	Fecha del Fallo
--------	--------------	-------	-----------------

- 3) ¿Tiene usted algún cargo criminal pendiente en su contra por cualquier crimen en alguna jurisdicción local, estatal, federal, militar, tribal o del exterior? Para el propósito de esta pregunta, “delito” significa una felonía, un delito menor grave o un delito menor. SÍ NO

Si la respuesta es **SÍ**, llene los campos a continuación. Agregue una página si necesita más espacio.

Delito	Jurisdicción	Fallo	Fecha del Fallo
--------	--------------	-------	-----------------

Delito	Jurisdicción	Fallo	Fecha del Fallo
--------	--------------	-------	-----------------

SECCIÓN 5B: En cualquier jurisdicción local, estatal, federal, militar o del exterior:

- 1) ¿Ha recibido usted una notificación u orden de una corte o agencia gubernamental manifestando que usted ha o podría haber abusado físicamente o sexualmente, descuidado, abandonado o explotado a un niño, joven o adulto vulnerable? SÍ NO

- 2) ¿Ha emitido alguna vez una corte una orden de restricción, una orden de protección, una orden de no contacto u orden similar en su contra por abuso físico o sexual, descuido, abandono, explotación, acoso o por cometer violencia doméstica contra un niño, joven o adulto (incluyendo pero sin limitarse a un adulto vulnerable)? SÍ NO

- 3) ¿Ha determinado alguna vez una corte que usted está en violación de una orden de restricción, de protección o de no contacto u otra orden similar? SÍ NO

- 4) ¿Ha sido descalificado alguna vez en base a una revisión de antecedentes, de tener acceso sin supervisión a niños, jóvenes o adultos vulnerables? SÍ NO

- 5) ¿Le ha notificado alguna vez una agencia gubernamental (incluyendo, pero sin limitarse a un consejo disciplinario profesional) que se ha tomado una determinación o decisión adversa en su contra o que se tomó una medida adversa en su contra?:
- Con respecto a una licencia o certificación profesional, comercial u ocupacional. Esto incluye, pero no se limita a, la revocación, denegación y suspensión de una licencia, la evaluación de sanciones civiles y/o restricciones en la práctica, que incluyan que se le exija trabajar bajo la supervisión de otra persona. SÍ NO
 - Con respecto a un contrato. Esto incluye, pero no se limita a, la denegación, finalización o suspensión de un contrato. SÍ NO

- 6) ¿Ha renunciado alguna vez voluntariamente a una licencia o certificación profesional, comercial u ocupacional, o a un contrato en lugar de una medida adversa por una corte o agencia gubernamental? SÍ NO

SECCIÓN 6: DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO (Se requiere firma para procesar la solicitud)

Declaro, bajo penalidad de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington, que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que, si se determina que la información que he proporcionado no es verdadera y correcta, se me podría acusar de perjurio, se me podría descalificar de tener acceso sin supervisión a los niños bajo cuidado y, si soy concesionario de cuidado de niños, DEL podría revocar mi licencia o tomar otras medidas de ejecución de la ley contra mí.

Además, mi firma a continuación significa que:

- Doy permiso a DEL y DSHS para que revisen mis antecedentes con cualquier entidad gubernamental, incluyendo, pero sin limitarse a las agencias de ejecución de la ley.
- Doy permiso a cualquier toda entidad gubernamental, incluyendo pero sin limitarse a las agencias de cumplimiento de la ley, para revelar a DEL y DSHS cualquier información de revisión de antecedentes que requieran DEL y DSHS.
- En el caso de que la información de la revisión de mis antecedentes llegue a ser relevante para una apelación de una descalificación por revisión de antecedentes o para una medida para la concesión de una licencia, doy permiso a DEL y DSHS para revelar la información de la revisión de mis antecedentes a un juez de ley administrativa y a un juez de revisión de ley administrativa, o a una corte.
- Doy permiso a DEL y DSHS para revelar la información de revisión de mis antecedentes cuando lo exija una orden de la corte,

la Ley de Revelación Pública, Capítulo 42.56 RCW, u otras leyes pertinentes a la privacidad, confidencialidad, o la revelación de registros públicos.

- Doy permiso a DEL para que proporcione la información de mis antecedentes a la persona o entidad nombradas en la Sección 4.

Estos permisos son válidos por tres años desde la fecha de firma y sumisión.

Entiendo que tengo que informar la siguiente información acerca de mi persona en el transcurso de veinticuatro horas, una vez que presente la revisión de mis antecedentes, independientemente de dónde ocurrió el incidente:

- Un arresto o cargo pendiente en mi contra.
- Alegatos de abuso o descuido de niños.

Dar parte de esta información al 1.866.ENDHARM (1.866.363.4276).

Firma	Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)	Ciudad o condado en el que se firmó este formulario
Firma del padre o tutor (OBLIGATORIA si usted es menor de 18 años de edad)	Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)	Ciudad o condado en el que se firmó este formulario

SECCIÓN 7: PAGO

- 1) A fin de que se procese su Revisión de Antecedentes Portátil (PBC), usted tiene que pagar una tarifa de **\$24.00**. (La tarifa de procesamiento en línea es \$12.00)

NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO. Usted puede proporcionar el pago mediante cheque, giro postal o cheque bancario. Por favor anote su número de **identificación STARS** en su cheque, si se encuentra disponible. ****Por favor tome nota: Se impondrá una tarifa de \$25 por la devolución de un cheque por insuficiencia de fondos.**** En este momento no se dispone de pagos con tarjeta de crédito ni electrónicos.

- 2) Haga su pago a la orden de: **DEPARTMENT OF EARLY LEARNING**
- 3) Envíe por correo su Pago y su MERIT (si se aplica) y la solicitud de PBC a:

DEPARTMENT OF EARLY LEARNING
ATTN: PBC
PO BOX 40971
Olympia, WA 98504-0971

¿Qué tipo de pago está enviando usted?

Cheque Personal, Giro Postal o Cheque bancario
Número de cheque:

Mi empleador ha adjuntado un cheque
Nombre del Empleador:
Número de cheque:

Si está pagando más de una tarifa para revisión de antecedentes, asegúrese de adjuntar al pago el cupón de pago de cada persona.