

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

Este formulario es necesario de acuerdo con las disposiciones de Wis. Stat. § 48.685 y Wis. Admin. Code § DCF 12.03. En virtud de Wis. Stat. § 48.685 y Wis. Admin. Code § DCF 12.03, se debe cumplimentar este formulario antes de la acreditación, el empleo o la residencia como no cliente y es únicamente válido durante 120 días. El incumplimiento de esta norma puede resultar en la denegación o revocación de su acreditación, o bien en la denegación o finalización de su empleo o contrato.

No es obligatorio que proporcione su número del seguro social. No obstante, si no lo proporciona, el proceso de verificación de antecedentes podría demorarse. La información personal proporcionada puede utilizarse para fines secundarios [Privacy Law, Wis. Stat. §15.04(1)(m)].

**ESCRIBA A MANO O A MÁQUINA SUS RESPUESTAS. PUEDE ADJUNTAR MÁS PAGINAS SI LO NECESITA.**

**Marque la casilla que se aplique a su caso.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Empleador / Contratista actual o futuro<br><input type="checkbox"/> Solicitante de una acreditación (incluida una continuación o renovación) | <input type="checkbox"/> Residente no cliente (de 10 años de edad o más)<br><input type="checkbox"/> Otro. Por favor, especifique: |
|---|--|

Nombre(s)	Apellido(s)	Título del cargo (si procede)		
Cualquier otro nombre que haya utilizado (incluido su nombre de soltero/a)			Fecha de nacimiento	Género (M / F)
Raza		Número(s) del Seguro Social		
<input type="checkbox"/> Nativa americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática o isleña del Pacífico		<input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Desconocida		
Domicilio		Población	Estado	Código postal
Nombre y dirección del futuro empleador o de la futura agencia acreditadora.				

SECCIÓN A: ACTOS, CRÍMENES Y DELITOS QUE PUEDEN SERVIR COMO IMPEDIMENTO O RESTRICCIÓN	SÍ	NO
1. ¿Existe alguna acusación penal pendiente contra usted o ha sido condenado por algún delito en algún lugar, incluidos tribunales federales, estatales, de condados, locales, militares o tribales? ¿Se le ha condenado por algún otro delito como una infracción de una ordenanza municipal o un delito civil en virtud de una ordenanza local?  ➤ Si ha respondido <b>SÍ</b> , indique cada acusación pendiente o condena, cuándo ocurrió, la fecha o el arresto y la condena si procede, así como la ciudad y el estado en que se ubica el tribunal. Es posible que se le pida que proporcione información adicional, incluida una copia certificada de la sentencia de la condena, una copia de la denuncia penal o cualquier otro documento legal o policial relevante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Le declaró delincuente un tribunal de justicia, incluido un tribunal tribal, antes de cumplir 18 años a causa de un crimen u otro delito como una infracción de una ordenanza municipal o un delito civil en virtud de una ordenanza local?  ➤ Si ha respondido <b>SÍ</b> , indique cada crimen o delito, cuándo y dónde ocurrió y la ubicación del tribunal (ciudad y estado). Es posible que se le pida que proporcione información adicional, incluida una copia certificada de la petición de delincuencia, la declaración de delincuencia o cualquier otro documento legal o policial relevante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se encuentra actualmente bajo supervisión comunitaria por parte de una agencia estatal, federal o tribal (es decir, un período de prueba, supervisión prolongada o libertad condicional)?  ➤ Si ha respondido <b>SÍ</b> , indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de la agencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN A: ACTOS, CRÍMENES Y DELITOS QUE PUEDEN SERVIR COMO IMPEDIMENTO O RESTRICCIÓN	SÍ	NO
<p>4. ¿Se le ha requerido anteriormente o en la actualidad que se inscriba en un registro estatal, tribal o nacional de agresores sexuales?</p> <p>➤ Si ha respondido <b>SÍ</b>, proporcione una descripción, incluida la ubicación, el motivo de inscripción y el período de tiempo requerido para permanecer inscrito/a.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. ¿Está siendo objeto de una investigación por maltrato o abandono infantil en la actualidad por parte de un gobierno o una agencia reguladora?</p> <p>➤ Si ha respondido <b>SÍ</b>, proporcione una descripción y el nombre de la agencia encargada de la investigación.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) ha descubierto que maltrató o abandonó a un menor?</p> <p>➤ Si ha respondido <b>SÍ</b>, proporcione una descripción que incluya cuándo y dónde ocurrió y el nombre de la agencia que hizo el hallazgo.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) ha descubierto que maltrató o abandonó a una persona o un cliente?</p> <p>➤ Si ha respondido <b>SÍ</b>, proporcione una descripción que incluya cuándo y dónde ocurrió.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) ha descubierto que malversó (tomó o usó indebidamente) la propiedad de una persona o de un cliente?</p> <p>➤ Si ha respondido <b>SÍ</b>, proporcione una descripción que incluya cuándo y dónde ocurrió.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) ha descubierto que maltrató o abandonó a una persona mayor?</p> <p>➤ Si ha respondido <b>SÍ</b>, proporcione una descripción que incluya cuándo y dónde ocurrió.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. ¿Dispone de una credencial emitida por el gobierno que no está actualizada o que esté limitada para evitar que usted pueda proporcionar atención a clientes?</p> <p>➤ Si ha respondido <b>SÍ</b>, proporcione una descripción, incluido el nombre de la credencial, las limitaciones o restricciones y el período de tiempo.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN B: OTRA INFORMACIÓN NECESARIA	SÍ	NO
<p>1. ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora le ha limitado, denegado o revocado su acreditación, certificación o registro que le autoriza a proporcionar atención, tratamientos o servicios educativos?</p> <p>➤ Si ha respondido <b>SÍ</b>, proporcione una descripción que incluya cuándo y dónde ocurrió.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora le ha denegado permiso o le ha restringido su capacidad para vivir en las instalaciones de un centro de atención?</p> <p>➤ Si ha respondido <b>SÍ</b>, proporcione una descripción que incluya cuándo y dónde ocurrió y el motivo.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. ¿Se le ha dado de baja de una rama de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., incluidas las reservas?</p> <p>➤ Si ha sido así, indique el año de baja: _____</p> <p>➤ Adjunte una copia de su DD214 si se le ha dado de baja en los últimos 3 años.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>SECCIÓN B: OTRA INFORMACIÓN NECESARIA</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
4. ¿Ha residido fuera de Wisconsin durante los últimos 5 años? ➤ Si ha respondido <b>SÍ</b> , indique los estados en que ha residido y las fechas correspondientes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Se ha sometido a una verificación de antecedentes como cuidador durante los últimos 4 años? ➤ Si ha respondido <b>SÍ</b> , indique la fecha de cada verificación y el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona, el centro o la agencia gubernamental que realizó cada verificación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha solicitado una revisión de rehabilitación ante el Department of Health Services o el Department Children and Families, un departamento de un condado, una agencia privada de colocación de niños, una junta escolar o una tribu? ➤ Si ha respondido <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 la revisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**El hecho de responder "NO" a todas estas preguntas no garantiza un empleo, una residencia, un contrato o una aprobación normativa.**

Entiendo, bajo penalidad legal, que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa u omitir información de manera consciente puede resultar en una pérdida y otras sanciones según lo dispuesto por la ley.

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