

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"/> Взрослый проживающий, не являющийся клиентом <input type="checkbox"/> Работник <input type="checkbox"/> Запрашивающий лицензию/сертификат <input type="checkbox"/> Волонтер <input type="checkbox"/> Работник по уходу Подающий заявление			
3. Утвержденный вид заявителя - Запишите со второй страницы аббревиатуру вида организации "DOJ Abbreviated CCLD Facility/Organization Type."			
4. Адрес агентства предоставляющего дополнительную информацию:			
CA Dept of Social Services		03502	
Агентство, уполномоченное получить информацию о криминальном прошлом		Почтовый индекс (5-ти значный код, установленный DOJ)	
PO BOX 94244	Mail Station 9-15-62	N/A	
Улица #	Улица или П/Я (PO Box)	Имя для связи (Обязательно для всех документов, предоставленных школами)	
Sacramento,	CA	94244-2430	() N/A
Город	Штат	Почтовый индекс	Номер телефона для связи
5. Информация заявителя:			
Имя заявителя: (печатными буквами) _____ ФАМИЛИЯ ИМЯ СРЕДНЕЕ			
АКА's (Также известный как): _____ CDL (Права №). _____ ФАМИЛИЯ ИМЯ			
Дата рождения: _____		ПОЛ: <input type="checkbox"/> Муж <input type="checkbox"/> Жен	
Рост: _____		Вес: _____	
Цвет глаз: _____		Цвет волос: _____	
Место рождения: _____		_____	
SOC: _____ (См. заявление о конфиденциальности на стр. 4)		_____	
6. Номер учреждения/Организации: _____ Уровень ведомства <input checked="" type="checkbox"/> DOJ <input checked="" type="checkbox"/> FBI			
Если повторное снятие отпечатков пальцев из-за качества отпечатков (выберите R2), укажите номер ATI _____			
7. Работодатель: (Дополнительный ответ для Департамента социальных услуг, лицензирования департаментами DMV/CHP, и Департамента корпораций)			
Имя работодателя (Название организации)			
Номер дома	Улица или почтовый ящик (PO Box)	Почтовый код (пяти-значный код выданный DOJ)	
Город	Штат	Почтовый индекс	№ телефона агентства. (необязательно)
8.			
Live Scan Transaction Completed By: _____		Date _____	
		Name of Operator	
Transmitting Agency	LSID#	ATI No.	Amount Collected/Billed

**ПРАВИЛА ДЛЯ ЗАПРАШИВАЮЩИХ ЛИЦЕНЗИЮ ПО ПРИСМОТРУ (CCLD) У КОТОРЫХ СНИМАЮТ
ОТПЕЧАТКИ ПАЛЬЦЕВ В СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧАСТКАХ (CCLD или DOJ)**

Инструкции для формы LIC 9163

- 1. Индикатор оригинального запроса (ORI):** Напечатан заранее в форме
- 2. Название должности:** Отметьте соответствующий квадрат
- 3. Утвержденный вид заявителя:** Укажите вид учреждения, где вы будете работать.

В левой колонке 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 более 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
Home Care Aide (Помощь по присмотру на дому)	Home Care Aide (Помощь по присмотру на дому)
Home Care Organization (Организация по присмотру на дому)	Home Care Organization (Организация по присмотру на дому)
Adult Day Care Facility (Учреждение по присмотру за взрослыми в течение дня) Adult Day Support Center (Центр дневной поддержки взрослых) Adult Residential Facility (Учреждение присмотра и проживания взрослых) Social Rehabilitation Facility (Учреждение по реабилитации)	Adult Day/Resident/Rehab (Учреждение по присмотру за взрослыми в течение дня)
Child Care Center (Центр по присмотру за детьми) Infant Center (Центр по присмотру за младенцами) Mildly Ill Center (Центр легко больных) School Age Child Care Center (Центр присмотра за детьми школьного возраста)	Day Care Center more/6 Child (Центр по присмотру за более, чем 6 детьми)
Family Child Care Home (Семейный детский сад)	Family Day Care (Семейный детский сад)
Foster Family Agency (Агентство временного усыновления) Foster Family / Adoptions Agency (Агентство временного/постоянного усыновления) Foster Family Agency Sub Office (Филиал агентства временного усыновления)	Foster Family/Adopt Employment (Временное усыновление/трудоустройство)
Foster Family Agency - Certified Home Агентство временного усыновления - лицензированный дом временного воспитания) Foster Family Home (Дом временного воспитания детей)	Foster Family Home (Дом временного воспитания детей)
Group Home (6 or less children) (Дом по уходу за группой детей 6 детей или меньше)	Group Home 6/child less (Дом по уходу за группой детей/6 детей или меньше)
Group Home (7 or more) (Дом по уходу за группой детей 7 детей или более) Community Treatment Facility (Учреждение по лечению)	Group Home more/6 child (Дом по уходу за группой детей/6 детей или больше)
Residential Care Facility for the Chronically Ill (Учреждение по присмотру за хроническими больными) Residential Care Facilities for the Elderly (Учреждение по присмотру за пожилыми)	Residential Care Facility Elderly (Учреждение по присмотру за пожилыми)
Small Family Home (Малый семейный дом по присмотру) Transitional Housing Placement Program (Переходная Программа по размещению)	Residential Child Care 6/less (Учреждение по присмотру - 6 детей или меньше)

4. Адрес агентства, занимающегося этим вопросом:

Агентство, которое уполномочено получить информацию о криминальном прошлом:

Следующая информация напечатана заранее:

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

Номер.: P.O. BOX 94244, M.S. 9-15-62 **Имя контакта:** N/A

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

5. Информация просителя: Печатными буквами напишите ваше полное имя (фамилия, имя, инициал).

AKA's: Укажите, если пользовались другими именами

CDL №: Номер водительского или личного удостоверения штата CA

DOB: Дата рождения **ПОЛ:** М или Ж

MISC №: BIL - Введите платежный номер агентства, если требуется

HT: Рост

WT: Вес

MISC №.: Введите любые другие номера удостоверений (РЕГ. НОМЕР НЕГРАЖДАНИНА, ВОД. ИЛИ ЛИЧНОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ 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 в Центральном списке лиц, жестоко относящихся к детям (CACI), он будет автоматически заполнен DOJ и 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 ваши отпечатки пальцев не приняли и у вас снимают их повторно, укажите первоначальный номер ATI, указанный на извещении, чтобы не платить повторно за обработку информации.

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 номер телефона учреждения.

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

В день снятия отпечатков пальцев возьмите с собой две копии этой формы. Лицо, снимающее отпечатки пальцев, заполнит раздел 8. Одна копия формы останется у лица, снимающего отпечатки пальцев, а вторую сохраните 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.)), в этой форме дается извещение о запросе номера социального страхования (SSN). Министерство Юстиции штата Калифорния использует номер SSN лица, как идентифицирующий номер. Предоставление запрошенного номера SSN является добровольным. Непредставление номера SSN может задержать рассмотрение этой формы и проверку криминального прошлого.

Для того, чтобы вы могли получить 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 и содержащим вашу личную информацию (Civil Code section 1798 et seq.). В соответствии с актом об Архивах, открытых для общественности (California Public Records Act), возможно департаменту придется предоставить копии каких-либо документов из дела членам общественности, которые их запросят, включая репортеров газет и телевидения.

ПРИМЕЧАНИЕ: ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

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

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