

Solicitud para el servicio de tomar huellas digitales electrónicamente (Live Scan) - Presentación del solicitante

1 Tipo de solicitud:

- licenciamiento -
 - establecimiento residencial para adultos *(adult residential)*
 - hogar que proporciona cuidado de niños *(family child care home)*
 - empleado de una oficina/agencia de servicios para familias que proporcionan cuidado de crianza temporal *(foster family agency staff)*
 - empleado subalterno de una oficina/agencia de servicios para familias que proporcionan crianza temporal *(foster family agency sub. staff)*
 - familia que proporciona cuidado de crianza temporal-hogar certificado *(foster family - cert. home)*
 - hogar que proporciona cuidado de crianza temporal *(foster family home)*
 - hogar colectivo (6 o menos) *(group home 6 or less)*
 - hogar colectivo (7 o más) *(group home 7 or more)*
 - establecimiento residencial para el cuidado de personas con enfermedades crónicas *(residential care facility for the chronically ill)*
 - lugar residencial para el cuidado de ancianos *(residential care for the elderly)*
 - hogar pequeño que proporciona cuidado *(small family home)*
 - cuidado para personas adultas *(adult day care)*
 - centro de supervisión para adultos *(adult day sup. center)*
 - guardería *(child care center)*
 - guardería para niños un poco enfermos *(child care center - mildly ill)*
 - guardería para niños de edad escolar *(school age child care center)*
 - establecimiento de rehabilitación social *(social rehab facility)*
 - programa de colocación para alojamiento de transición *(transitional housing placement program)*
- certificación -
 - *TrustLine (Voluntario Subsidiado)

2 Puesto o Título del empleo: _____**3 Nivel de servicio que se solicita:** DOJ (Departamento de Justicia) FBI (Oficina Federal de Investigaciones) Revisión de la Lista Central de California de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños**4 Si no es la primera vez que solicita este servicio, anote el número original de ATI (ATI No.)** _____
(Aparece en su notificación de rechazo)****5 Nombre del solicitante:** _____

AKA: _____ CDL No: _____
 AKA: _____ SOC No: (opcional) _____
 DOB: _____ MISC No: _____
 POB: _____ Dirección del hogar: _____
 HT: _____ WT: _____
 PELO/Color: _____ OJOS/Color: _____
 Sexo: Masculino Femenino

Número y nombre de la calle/Apartado Postal (P. O. Box)
 Ciudad, estado y código postal

6 Oficina que entrega:

California Department of Social Services
 Nombre de la oficina
744 "P" Street, Sacramento, CA 95814
 Ciudad, estado y código postal

Número de OCA de la oficina/establecimiento

Si se puede mandar a cobrar:

COBRE A _____
 Número asignado a la oficina para el propósito de cobros (Agency Billing No.)
 Número de identificación del cliente (Client ID No.)

Código de correo electrónico **03502**
 (E-Mail Code):
(Código único de cinco dígitos que fue previamente asignado por el DOJ.)

ORI: CCLD A0448
 TrustLine A1157

7 Envíe una respuesta adicional a:

Nombre de la oficina/establecimiento _____
 Dirección _____
 Ciudad, estado y código postal _____

NO ESCRIBA EN ESTA SECCION. SOLO PARA EL USO DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO.**8 Live Scan Transaction Completed:**

Name of Operator _____ Terminal No. _____ Date _____ Amount Collected/Billed _____

ATI No. _____

 Transmitted to DOJ Card Printout

*** Este formulario se tiene que presentar junto con la solicitud para el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños (TrustLine) después que se haya completado la transacción de Live Scan.**

**GUIA PARA COMPLETAR
LA SOLICITUD PARA EL SERVICIO DE TOMAR HUELLAS DIGITALES ELECTRONICAMENTE (LIVE SCAN)
FORMULARIO DE PRESENTACION DEL SOLICITANTE**

1. Tipo de solicitud:

Marque la casilla apropiada para designar el tipo de solicitud: licenciamiento o certificación. Luego indique el tipo de licenciamiento o certificación que está solicitando. Si usted está presentando su solicitud para el Registro de Personas con Antecedentes Aprobados para el Cuidado de Niños (*TrustLine*), tiene que indicar si el gobierno (subsidiado) o una persona particular (voluntario) pagará los servicios de cuidado de niños.

2. Puesto o Título del empleo:

Anote el puesto, título del empleo, o situación para la cual está presentando la solicitud.

3. Nivel de servicio que se solicita:

Marque la casilla del DOJ para una revisión de antecedentes de la información criminal que mantiene el DOJ en California. Marque la casilla de la Revisión de la Lista Central de California de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños para revisar los expedientes que mantiene el DOJ. Marque la casilla de la FBI para una revisión de antecedentes de la información criminal que mantiene la FBI, si es que le han dicho que necesita una revisión de la FBI. **(A partir del 1º de enero de 1999, se le requerirá que tenga una revisión de la FBI.)**

4. Si no es la primera vez que solicita este servicio, anote el número original de ATI:

Anote el número original de ATI el cual aparece en su notificación de rechazo para no tener que pagar una cuota adicional de procesamiento.

5. Anote el nombre del solicitante y la información personal que lo describe:

NOMBRE: Nombre legal completo del solicitante, incluyendo el primer nombre, nombre que usa en medio y el apellido.

AKA: Nombres (incluyendo el nombre de soltera) que el solicitante ha usado aparte de su nombre completo legal.

DOB: Fecha de nacimiento

POB: Lugar de nacimiento (estado o país)

HT: Estatura **WT:** Peso

PELO/Color: Color del pelo **OJOS/Color:** Color de ojos

CDL No: Licencia de manejar de California, Número de identificación de California

SOC No: Número de Seguro Social (opcional)

MISC No: Número de residente legal (*Alien Registration Number*) o Licencia de manejar de otro estado e identificación del estado que la emitió.

Sexo: Género (masculino o femenino)

Dirección del hogar: Dirección completa de dónde el solicitante reside.

6. Anote la información de la oficina que entrega:

Número de OCA de la oficina/establecimiento: Número del establecimiento o número asignado.

ORI: Marque el código de ORI de la agencia que es pertinente para usted. Si el número no aparece ya impreso en este formulario, tiene que pedirlo por adelantado antes de presentarse al servicio de *Live Scan*.

7. Envíe una respuesta adicional a:

Anote el nombre y dirección adonde se debe enviar una respuesta adicional, si así lo requiere la ley. (Para uso del Departamento de Servicios Sociales para la persona con licencia o para el solicitante.)

8. Esta sección es sólo para el uso del proveedor del servicio.

Después de haber completado el formulario que aparece al reverso, llame al 1-800-315-4507 para hacer una cita para que le tomen sus huellas digitales.

Es importante que usted traiga este formulario el día que le tomen las huellas digitales para que la persona que proporciona el servicio llene la sección 8. Una vez completada, esta solicitud sirve como recibo para el pago de los servicios de *Live Scan* y es posible que la tenga que adjuntar a la solicitud del proveedor de cuidado.