



Estado de Rhode Island y Providence Plantations

Departamento de Niños, Jóvenes y Familias de Rhode Island y Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Declaración Jurada de Huellas Dactilares para Personas que deben obtener una Licencia del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias y/o el Departamento de Servicios Humanos

Persona que obtiene las huellas digitales de una Agencia de Aplicación de la Ley

Hogar de Acogida o Adopción	<input type="checkbox"/> Padre de crianza, padre recurso, padre preadoptivo, padre de crianza con parentesco, padre adoptivo, miembro del hogar de cualquiera de los anteriores
Asistencia Médica Institucional o Instalaciones Residenciales para Jóvenes	<input type="checkbox"/> Propietarios, operadores, administrador, gerente del hogar, médico clínico, personal, coordinador del programa, voluntarios, miembros de la junta, custodios, administrativos, chef, equipo de mantenimiento, etc.
Agencia de Custodia Temporal	<input type="checkbox"/> Propietarios, operadores, directores, médicos, administradores de casos, miembros del personal de cuidado infantil (<i>deben tener acceso a los niños sin la supervisión de otros cuyos antecedentes estén completos y verificados</i>)
Centros de Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Empleado que cuida a los niños, Propietario, Operador, Administrador, Coordinador de educación, Coordinador de la institución, Empleado que asiste a padres, Sustitutos, etc. (<i>deben tener acceso a los niños sin la supervisión de otros cuyos antecedentes estén completos y verificados</i>)
Hogares de Cuidado Infantil Familiar	<input type="checkbox"/> Proveedor, Asistente de Emergencia, Asistente, Personal, Miembro Adulto del Hogar

Información del Solicitante

Nombre	
Fecha de Nacimiento	
Dirección	
Ciudad/Pueblo, Estado, Código Postal	
Enumere todos los estados en los que el solicitante ha vivido (además de Rhode Island) en los últimos 5 años	

Tipo de Proveedor

Dónde se deben enviar los resultados

Hogares de cuidado infantil familiar	<i>DHS.childcarelicensing@dhs.ri.gov</i>
Hogar de Acogida o Adopción	<i>DCYF.Licensing@dcyf.ri.gov</i>

Por favor envíe los resultados de las verificaciones de antecedentes completas para la **Asistencia Médica Institucional o Instalaciones Residenciales para Jóvenes, Agencias de Colocación de Niños y Centros de Cuidado Infantil** a la Entidad del Solicitante a continuación:

Nombre/Instalación/Agencia/Organización	
Atención	
Dirección	
Ciudad/Pueblo, Estado, Código Postal	

Por medio de la presente certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es completa, verídica y correcta

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Empleado

Fecha

Agencia que Completa la Verificación:

Oficina del Procurador General

DCYF (Departamento de Niños, Jóvenes y Familias)

Departamento Local de Policía (por favor, especifique):

Departamento de Policía Estatal (por favor, especifique):