Estado de Rhode Island

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 Cumplimiento de la Ley	
Hogar de Acogida o Adopción	☐ Padre de crianza, padre de recursos, 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	☐ Propietarios, operadores, administrador, encargado del hogar, médico clínico, personal, coordinador del programa, voluntarios, miembros de la junta, conserjes, administrativos, chef, equipo de mantenimiento, etc.
Agencia de Custodia Temporal	☐ Propietarios, operadores, directores, médicos, administradores de casos, miembros del personal de cuidado infantil *(deben tener acceso a los niños sin la supervisión de otros cuyos antecedentes estén completos y verificados)*
Centros de Cuidado Infantil	☐ Empleado de cuidado infantil, propietario, operador, administrador, coordinador de educación, coordinador del sitio, empleado de la cooperativa de padres, sustitutos, etc. *(esto incluye a cualquier miembro del personal que esté en el sitio durante el horario de funcionamiento, incluso si no es responsable del cuidado de los niños)*
Hogares de Cuidado Infantil Familiar	☐ Proveedor, Asistente, 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**
Hogar de Acogida o Adopción	*DCYF.Licensing@dcyf.ri.gov*

Por favor envíe los resultados de las verificaciones de antecedentes completas **de centros de cuidado colectivo o residenciales para jóvenes, y agencias de colocación infantil** a la organización del solicitante que figura a continuación. Para todos **los solicitantes de cuidado infantil (incluidos centros de cuidado infantil y hogares de cuidado infantil familiar),** envíe los resultados al solicitante y a su organización que figura a continuación.

**Para fines de seguimiento, también debe enviarse una copia de todas las solicitudes de cuidado infantil a DHS.ChildCareLicensing@dhs.ri.gov*

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 Local de Policía (por favor, especifique):
☐ Departamento de Policía Estatal (por favor, especifique):

Rev. 8/2025