



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):