



Estado de Rhode Island

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

Declaración jurada de huellas dactilares para personas requeridas

Autorizado por el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias y/o el Departamento de Servicios Humanos

Individuo obteniendo huellas dactilares de una agencia de aplicación de la ley

Acogida o adopción	☐ Padre de acogida, padre de referencia, padre preadoptivo, padre o madre de parentesco, padre adoptivo, miembro del hogar de cualquiera de los anteriores
Cuidado Colectivo o Residencias para Jóvenes	☐ Propietarios, operadores, administradores, encargados de la casa, clínicos, personal, programa coordinador, voluntarios, miembros de la junta, conserjes, administrativos, chef, equipo de mantenimiento, etc.
Agencia de Colocación de Menores	☐ Propietarios, operadores, directores, clínicos, gestores de casos, personal que cuida a los niños <i>(Debe tener acceso a niños sin la supervisión de otros que hayan completado o superado las verificaciones de antecedentes.)</i>
Centros de cuidado infantil	☐ Empleado que cuida a menores, propietario, operador, administrador, coordinador educativo, coordinador de centro, empleado de cooperativa de padres, sustituto, etc. <i>(esto incluye a cualquier personal que esté en el lugar durante el horario de apertura, incluso si no es responsable del cuidado de los niños)</i>
Residencias de Cuidado Infantil Familiar	☐ Proveedor, asistente, miembro adulto del hogar

Información sobre el solicitante

Nombre	
Fecha de nacimiento	
Dirección de correo electrónico	
Dirección de la calle	
Ciudad/Pueblo, Estado, Código Postal	
Enumera todos los estados en los que pertenece el solicitante vivió en (además de Rhode Island) los últimos 5 años:	

Tipo de proveedor

Dónde deben enviarse los resultados

Acogida o adopción	<i>DCYF.Licensing@dcyf.ri.gov</i>
Cuidado Familiar Infantil	<i>Solicitante usando la dirección de correo electrónico anterior</i>

Por favor, envíe los resultados de verificaciones de antecedentes exhaustivas para **Cuidado Colectivo o Residencias para Jóvenes, Agencias de Colocación de Niños y Centros de Cuidado Infantil** a la Organización del Solicitante a continuación. Para fines de seguimiento, también debe enviarse una copia de todas las solicitudes de cuidado infantil familiar a *DHS.ChildCareLicensing@dhs.ri.gov*

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

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

Firma del solicitante

Fecha

Firma del empleador

Fecha

*Chequeo completando la
agencia:*

- ☐ Oficina del Fiscal General ☐
- ☐ Departamento de Policía Local de DCYF (por favor especifique):
- ☐ Departamento de Policía Estatal (por favor especifique):