Divulgación de Información de Antecedentes (BID) para empleados y contratistas de la entidad

Propósito: Las leyes federales y estatales requieren la verificación de antecedentes para determinados tipos de empleo, contratos u otros roles que impliquen el contacto con personas vulnerables que reciben cuidados o tratamiento. La información que proporcione en este formulario se utilizará para verificar su elegibilidad para dicho rol. Proporcionar información incorrecta o incompleta en este formulario puede dar lugar a un decomiso u otra sanción, según lo dispuesto en Wis. Stats.
§ 50.065(6)(c).

Tipo

☐ Solicitante/empleado
☐ Contratista – Nombre de la empresa: _____
☐ Estudiante – Nombre de la escuela: _____
☐ Voluntario – Nombre de la organización: _____
☐ Miembro de familia
☐ Otro, especifique: _____

Describa el puesto para el que presenta la solicitud o renovación: _____

Información del solicitante

Nombre: _____ Segundo nombre: _____
Apellido: _____

¿Ha tenido o utilizado otros nombres, incluso antes del matrimonio?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, detalle cada nombre completo: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Número de teléfono: _____

Dirección (calle y número): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador u organización que verifica la elegibilidad

Nombre del empleador u organización que le solicitó llenar este formulario:
_____

Dirección (calle y número): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Divulgaciones

Si necesita más espacio para responder las preguntas a continuación, utilice la página adicional al final de este formulario.

1. Cargos penales pendientes

¿Tiene algún cargo penal pendiente en su contra, incluidos aquellos en tribunales federales, estatales, locales, militares o tribales? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, describa el cargo e indique el nombre del tribunal, el estado, la ciudad, el mes y el año en el que fue acusado.

2. Condenas por delitos

¿Alguna vez lo condenaron por cometer algún delito en algún lugar, incluidos tribunales federales, estatales, locales, militares y tribales, o en otro país? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, describa el delito e indique el nombre del tribunal, el estado, la ciudad, el mes y el año en el que lo condenaron.

3. Maltrato, abuso o abandono de un menor

Tenga en cuenta que Wis. Stat. § 48.981, *niños maltratados, abusados o abandonados y niños no nacidos maltratados o abusados*, puede aplicarse a la información relacionada a los casos de maltrato o abuso infantil o abandono de un menor.

¿Alguna vez una agencia del gobierno o reguladora (que no sea la policía) ha determinado que usted maltrató o abandonó a un menor? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, describa la conducta e indique la agencia que realizó la determinación, el estado, la ciudad, el mes y el año de la determinación.

4. Maltrato, abuso o abandono de un adulto

¿Alguna vez una agencia del gobierno o reguladora (que no sea la policía) ha determinado que usted maltrató o abandonó a un adulto? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, describa la conducta e indique la agencia que realizó la determinación, el estado, la ciudad, el mes y el año de la determinación.

5. Robo u otra apropiación indebida

¿Alguna vez una agencia del gobierno o reguladora (que no sea la policía) ha determinado que usted robó o se apropió indebidamente (tomó o utilizó de forma indebida) de los bienes (por ejemplo, dinero, medicamentos, etc.), la identidad o la información financiera (por ejemplo, tarjetas de crédito, cheques, etc.) de otra persona? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, describa la conducta e indique la agencia que realizó la determinación, el estado, la ciudad, el mes y el año en que ocurrió.

6. Restricción de credencial

¿Tiene alguna credencial emitida por el gobierno que no esté vigente o que haya sido revocada, suspendida o que lo limite de alguna manera para proporcionar cuidado a los usuarios?

☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, identifique el tipo de credencial e indique la agencia que la emitió, la restricción y el estado, la ciudad, el mes y el año en que se emitió.

7. Denegación, revocación o limitación de la licencia, certificación o registro

¿Alguna vez una agencia del gobierno o reguladora le ha denegado, revocado o limitado su licencia, certificación o registro para proporcionar servicios de cuidado, tratamiento o educación? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, indique el tipo de licencia, certificación o registro y la agencia emisora. Incluya una descripción de la denegación, revocación o limitación, y el estado, ciudad, mes y año en que se emitió.

8. Denegación, revocación o limitación de la capacidad para residir en determinadas instalaciones

¿Alguna vez una agencia del gobierno o reguladora le ha denegado, revocado o limitado su capacidad para residir en las instalaciones de un centro que brinda cuidado o tratamiento? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, describa la denegación, revocación o limitación e identifique la agencia emisora, el estado, la ciudad, el mes y el año de emisión.

9. Revisión de rehabilitación

¿Alguna vez ha solicitado una revisión de rehabilitación al Department of Health Services (DHS), a un departamento del condado, a una agencia privada de adopción de niños, a la junta escolar o a una tribu designada por el DHS? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, indique la agencia que realizó la revisión, la respuesta, el mes y el año de la revisión.

Nota: Debe proporcionar una copia de su carta de revisión de rehabilitación a su empleador u organización. Su empleador u organización debe verificar su estado con la agencia que emitió la decisión.

10. Fuerzas armadas

¿Lo despidieron de alguna rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, incluido cualquier componente de reserva? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, indique el mes y el año del despido.

Nota: Debe proporcionar su DD214 a su empleador o agencia, si lo despidieron en el plazo de los últimos tres (3) años.

11. Residencia fuera del estado

¿Ha residido fuera de Wisconsin en los últimos tres (3) años? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, indique cada estado, ciudad y las fechas en que residió allí.

12. Empleado del gobierno

¿Está presentando una solicitud o está renovando su elegibilidad para trabajar como empleado del estado de Wisconsin (por ejemplo, en una agencia estatal, un centro de tratamiento, un instituto, etc.)? ☐ Sí ☐ No

En caso **negativo**, pase a la declaración que figura a continuación. En caso **afirmativo**, ¿ha residido fuera de Wisconsin en los últimos siete (7) años? ☐ Sí ☐ No

En caso **afirmativo**, indique cada estado, ciudad y las fechas en que residió allí.

Revise con atención sus respuestas y la siguiente declaración antes de firmar.

Declaración

He completado y revisado este formulario. La información que he proporcionado es precisa y está completa. Entiendo que proporcionar información incorrecta o incompleta en este formulario puede dar lugar a un decomiso u otra sanción, según lo dispuesto en Wis. Stats. § 50.065(6)(c).

Firma — Persona que completa este formulario: _____

Fecha de la firma: _____