

DIÓCESIS DE CHARLESTON
INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES
FORMULARIO de INFORMACIÓN BÁSICA

Los formularios deben ser llenados completamente para ser procesados.

Para uso del OCPS: Nro. de control: _____

Para uso exclusivo de la parroquia/escuela/oficina diocesana:

Lugar de la parroquia/escuela/oficina: _____

Presentado por: _____

Nombre: _____

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Fecha: _____

Nombre de soltera o alias

otros nombres usados

Dirección permanente: _____

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal si es distinta a la anterior:

P.O. Box

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono residencial: _____ Teléfono alternativo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nro. de seguro social: _____ Correo electrónico: _____

Nro. de licencia de conducir: _____ Estado de emisión: _____

¿Usted es empleado o está solicitando empleo en una escuela/parroquia/oficina diocesana? Sí No

¿Cuál es el nombre del puesto que usted tiene o está solicitando? _____

¿Cuales son las responsabilidades laborales del puesto que usted tiene o que está solicitando (sea específico en los detalles)?

¿Actualmente usted es voluntario o está solicitando ser voluntario en una escuela/parroquia/oficina diocesana? Yes No

¿Cuál es el nombre del puesto en el que usted es actualmente voluntario o está solicitando serlo? _____

¿Cuales son las responsabilidades laborales del puesto en el que usted es actualmente voluntario o está solicitando serlo (sea específico en los detalles)?

ANTECEDENTES PENALES: Se realizará una Verificación de Antecedentes Penales y una Verificación del Registro de Delincuentes Sexuales de la División de Servicios Sociales obligatoria para todas las personas que envíen estas formas. Número de años/meses que ha vivido en South Carolina: _____

Favor de proporcionar cualquier dirección anterior en la que usted ha vivido en los últimos (5) años:

Tome en cuenta: Se realizará una verificación de su historial de conductor o de su historial de crédito sólo si conduce o maneja dinero como parte de sus responsabilidades. Si es el caso, usted deberá completar el formulario adjunto correspondiente.

Revisado el: 03.01.12

DIÓCESIS DE CHARLESTON
SOLICITUD DE EMPLEO DE CONDUCTOR EMPLEADO/VOLUNTARIO- Formulario Nro.: 2011-02

El puesto de voluntario o empleado que estoy solicitando:

Requiere conducir un vehículo motorizado con niños como pasajeros: ____ Sí ____ No

Requiere conducir un vehículo motorizado sin niños como pasajeros: ____ Sí ____ No

Un(a) solicitante estará restringido(a) de conducir un vehículo motorizado con niños como pasajeros si él/ella:

- tiene dos (2) o más infracciones de tránsito en los últimos tres (3) años. Si sólo se encuentra una (1) infracción de tránsito en los último tres (3) años, se le contactará para completar un curso de conducción segura antes de que se le permita manejar.
- tiene un arresto o condena por una infracción relacionada con drogas o alcohol en los últimos diez (10) años.
- ha tenido una revocación o suspensión de licencia de conducir en los últimos (5) años.
- tiene múltiples infracciones en los últimos diez (10) años.

Un(a) solicitante estará restringido(a) de conducir un vehículo motorizado como parte de sus responsabilidades laborales si él/ella:

- tiene tres (3) o más infracciones de tránsito en los últimos cinco (5) años.
- tiene un arresto o condena por una infracción relacionada con drogas o alcohol en los últimos diez (10) años.
- ha tenido una revocación o suspensión de licencia de conducir en los últimos (5) años.
- tiene múltiples infracciones en los últimos diez (10) años.

Si usted no cumple con los criterios de conducción de vehículos antes mencionados, le recomendamos ser voluntario en una de nuestras muchas áreas que necesitan su colaboración y volver a solicitar el puesto cuando su récord de conducción cumpla con estos estándares. Si sus responsabilidades laborales requieren que usted conduzca y no cumple con los criterios, por favor avise a su supervisor sobre su situación inmediatamente. Tenga en cuenta que si a usted, como empleado o voluntario, se le permite manejar como parte de sus responsabilidades y tiene una infracción de tránsito en cualquier momento, es necesario que usted informe al Gerente de Ambiente Seguro de la Diócesis inmediatamente.

Nombre del conductor: _____

Dirección: _____

Nro. de licencia de conducir: _____ (Por favor incluya una copia de su licencia) Estado de emisión: _____

Año, marca y modelo del vehículo: _____

Nombre de la compañía de seguro: _____

Límites de responsabilidad: _____

(Se requiere límites mínimos de \$250,000/\$300,000) **POR FAVOR, INCLUYA UNA COPIA DE COMPROBANTE DEL SEGURO.**

Tenga en cuenta que el seguro del conductor es el principal en cualquier incidente en el que se requiera hacer una reclamación.

Certificación

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que el conducir para el ministerio Diocesano es una gran responsabilidad y tendré extremo cuidado y debida diligencia mientras conduzco. Entiendo que debo tener 21 años o más, poseer una licencia de conducir válida, tener una licencia y un registro vehicular apropiados y vigentes, y la cobertura de seguro necesaria y vigente para cualquier vehículo que conduzca. Acepto abstenerme a usar el teléfono móvil o cualquier otro aparato electrónico mientras conduzco mi vehículo.

Firma

Fecha

Revisado el: 03.01.12

DIÓCESIS DE CHARLESTON
AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR INFORMACIÓN SOBRE CRÉDITO

HISTORIAL DE CRÉDITO Tenga en cuenta que si responde sí, en alguna pregunta, se revisará su historial de crédito.

1. ¿ Sus responsabilidades como empleado incluyen o incluirán acceso a fondos y/o decisiones financieras en una oficina, escuela y/o parroquia diocesana? ___ Sí. ___ No.

Si la respuesta es sí, xplique: _____

2. ¿ Sus responsabilidades como voluntario incluyen o incluirán acceso a fondos y/o decisiones financieras en una oficina, escuela y/o parroquia diocesana? ___ Sí. ___ No.

Si la respuesta es sí, xplique: _____

Si usted respondió sí en cualquier de las preguntas anteriores, por favor proporcione la información a continuación y envíe esta solicitud junto con el Formulario de Información Básica y el Formulario del Departamento de Servicios Sociales al Coordinador de Ambiente Seguro de su parroquia/escuela o al funcionario de recursos humanos a cargo de su empleo.

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escriba su nombre con letra de imprenta

Firma _____ Fecha: _____

Sólo para el uso del Coordinador de Ambiente Seguro/ Pastor/Director/ funcionario de recursos humanos.

Yo autorizo que se realice una revisión de historial de crédito de esta persona cuyas responsabilidades como empleado/voluntario incluyen acceso a fondos o la toma de decisiones financieras.

Nombre del Coordinador de Ambiente Seguro, Pastor, Director o funcionario de Recursos Humanos:

Firma: _____ Fecha: _____

DIOCESIS DE CHARLESTON
AUTORIZACIÓN DE AVERIGUACIÓN CON FINES DE EMPLEO O RELATIVA A
VOLUNTARIO CUBIERTO

DECLARACIÓN DE REVELACIÓN

Mediante este documento, la Diócesis de Charleston le revela a usted que un informe de historial crediticio podría obtenerse para fines de empleo o servicios de voluntariado como parte del proceso de investigación de antecedentes y durante su empleo o servicio como voluntario.

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN

Este documento autorizará la obtención de un informe de consumidor por la Diócesis de Charleston como parte del proceso de investigación de antecedentes. Si soy seleccionado, esta autorización permanecerá en los archivos y servirá como una autorización continua para que la Diócesis de Charleston obtenga informes de consumidor en cualquier momento durante mi lapso de empleo o de servicios como voluntario.

También autorizo la obtención de un informe investigativo de consumidor y entiendo que podría contener un informe de antecedentes penales, un informe de expediente de conductor, y una verificación del seguro social. Esta autorización en forma original o copia, será válida para este y cualquier informe futuro o actualizaciones que podrían solicitarse.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar por escrito una revelación adicional en lo que se refiere a la naturaleza y alcance de la investigación, dentro de un lapso razonable.

Con relación a esta solicitud, autorizo a todas las sociedades anónimas, compañías, antiguos empleadores, supervisores, agencias de informe y clasificación de crédito, instituciones educativas, organismos policiales, tribunales municipales, estatales, del condado y federales, oficinas de matriculación de vehículos, servicios militares y personas a revelar información que podrían tener acerca de mí a la Diócesis de Charleston o su representante, Fidellfacts / Metropolitan New York, Inc. Si soy actualmente, o he sido un residente de Georgia, autorizo a Fidelifacts / Metropolitan New York a recibir cualquier antecedente penal relativo a mí de los archivos de cualquier estado o agencia local de justicia penal en Georgia.

Firma	Imprima el nombre con letras de molde	Fecha	
Dirección actual	Ciudad	Estado	¿Por cuánto tiempo?
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Número de identidad de conductor	Estado
Otro nombre usado	Otro nombre usado	Otro nombre usado	

Liste la ciudad, condado, estado y fechas de residencia por los últimos tres años si NO ha residido en SC

Ciudad, Condado	Estado	Fechas
Ciudad, Condado	Estado	Fechas
Ciudad, Condado	Estado	Fechas

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Mi firma abajo sirve como permiso para autorizar al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur, División de Servicios Humanos, para realizar una búsqueda sobre mí en el Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil y divulgar la información al Individuo/ organización nombrado abajo. También, entiendo que toda la información indicada en este formulario será divulgada al individuo/organización nombrado abajo. Además, entiendo que la información puede ser adversa. Estoy de acuerdo en no culpar al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur de daño personal relacionado con la divulgación de información que estoy solicitando con este formulario. Si me parece que la información en el Registro no se ha actualizado o parece incorrecta, yo notificaré de inmediato al Departamento.

Este permiso es efectivo para una búsqueda individual del Registro Central con el propósito de: Employment/Volunteer

Enviar los resultados a: Attn: Ms. Bonnie Sigers

Diocese of Charleston

P.O. Box 818 Charleston, SC 29402

Costo por Revisión del Registro Central: (Indique cuál y adjuntar el pago apropiado por cheque u orden monetario.)

- | | | | |
|--|---------|--|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Entidades no lucrativas | \$8.00 | <input type="checkbox"/> Escuelas | \$15.00 |
| <input type="checkbox"/> Investigaciones de adopción privada | \$25.00 | <input type="checkbox"/> Guarderías | \$8.00 |
| <input type="checkbox"/> Entidades lucrativas | \$25.00 | <input type="checkbox"/> Otras (Individual, todas la demás no nombradas) | \$8.00 |
| <input type="checkbox"/> Agencias Estatales | \$15.00 | | |

Por Favor, Escriba en Letra de Molde o Maquina: (Deletree completamente el nombre que está solicitado – primero, segundo y apellido – no iniciales)

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____ Raza: _____

Apellido (de soltera): _____ Cambio de Apellido: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección Actual: _____ Dirección Anterior: _____

Este formulario TIENE que ser firmado ante un testigo (puede ser notariado). Enviar el pago apropiado y el formulario para procesar a:

South Carolina Department of Social Services Attention: Cashier, P.O. Box 1520, Columbia, South Carolina, 29202-1520; Teléfono (803) 898-7318.

Firma de Solicitante

Fecha

Firma de Notario o Testigo

Fecha

RESULTADOS EN LA BÚSQUEDA DEL REGISTRO CENTRAL DEL ABUSO Y NEGLIGENCIA INFANTIL

(Esta sección debe ser completada únicamente por un empleado autorizado de DSS – División de Servicios Humanos.)

- El nombre no está listado como perpetrador en el Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil.
- El nombre está listado como perpetrador en el Registro Central del Abuso y de Negligencia Infantil. Según la ley estatal, ser nombrado como perpetrador le prohíbe al individuo ser un tutor legal ad litem, miembro revisor de la Junta Directiva para Cuidado Temporal, tutor de cuidado temporal u operar o trabajar en un centro de cuidado infantil o ser empleado, operar o trabajar como voluntario en un centro de cuidado infantil residencial. Además, ser nombrado como perpetrador puede afectar la capacidad de un individuo para adoptar a un niño.
- Su solicitud fue recibida. Por favor, permítanos de 30 a 60 días adicionales para procesar su solicitud.
- Otro – Vea correspondencia adjunta.

Empleado de DSS Autorizado

Fecha