



## DIVISIÓN DE LICENCIAS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES

---

**Propósito:** Use esta forma para realizar la investigación de antecedentes de una persona, de acuerdo con la Sección 745.615 del Código Administrativo de Texas (TAC).

**Instrucciones:** Dé la siguiente información sobre cada persona que debe hacerse una investigación de antecedentes. Puede bajar formas adicionales en el sitio web del DFPS en [http://www.dfps.state.tx.us/Child\\_Care/Information\\_for\\_Providers/cclforms.asp](http://www.dfps.state.tx.us/Child_Care/Information_for_Providers/cclforms.asp).

Después de llenar la forma, envíela por correo a: DFPS, Centralized Background Check Unit, P.O. Box 149030, Mail Code: 121-7, Austin, TX 78714-9030. O envíela por fax al 512-339-5871.

### INFORMACIÓN DE LA ENTIDAD

Nombre de la entidad:	Número de la entidad:	Teléfono (código de área):
Dirección de la entidad (calle, ciudad, código postal):	Dirección postal de la entidad (ciudad y código postal):	Condado:

### VERIFICACIÓN DE FIRMAS

Verifiqué (**examinando la tarjeta de Seguro Social o la licencia para manejar de la persona**) que la información proporcionada en esta forma no contiene ninguna declaración dolosa y es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Comprendo que el departamento puede comunicarse con otras personas y, en cualquier momento, buscar pruebas de cualquier información contenida aquí. Entiendo que dar declaraciones dolosas o no dar la documentación de identificación dentro del plazo indicado justifica el rechazo de la solicitud o la revocación de la licencia, el registro o la inscripción.

Nombre en letra de molde del director, dueño o encargado de la entidad:	Firma del director, dueño o encargado de la entidad:  X	Fecha:
---	---	--------

### INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA

Se deben dar todos los nombres que la persona usa actualmente o que ha usado en el pasado. Si no da todos los nombres que la persona ha usado, podría recibir resultados erróneos.

<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Investigación de 24 meses	<input type="checkbox"/> Investigación por huellas digitales requerida	<input type="checkbox"/> Resultados del FBI en el Centro de Distribución de Información del DPS
----------------------------------	--	--	---

Número de Seguro Social:	Tipo de identificación: <input type="checkbox"/> Licencia de manejar: <input type="checkbox"/> Identificación estatal: <input type="checkbox"/> Ninguna
--------------------------	--

Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
----------------	-----------------	-----------

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

Condado:	Teléfono (código de área):	Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
----------	----------------------------	----------------------	--

Tiene que indicar cualquier otra ciudad de Texas donde esta persona haya vivido y cualquier dirección, incluso el condado, donde la persona haya vivido fuera de Texas durante los últimos 5 años:

Método preferido de contacto para programar una cita para la toma de huellas digitales. Tiene que escoger una de las siguientes opciones y dar la dirección de correo electrónico o un teléfono de la persona. Se requiere esta información cuando la persona programa una cita para la toma de huellas digitales.

Correo electrónico:  
 Teléfono (código de área):

Relación con el solicitante:

<input type="checkbox"/> Padres adoptivos	<input type="checkbox"/> Cuidador	<input type="checkbox"/> Director	<input type="checkbox"/> Padre temporal	<input type="checkbox"/> Miembro del hogar	<input type="checkbox"/> Administrador con licencia
<input type="checkbox"/> Otro personal	<input type="checkbox"/> Miembro del personal	<input type="checkbox"/> Voluntario	<input type="checkbox"/> Otro:		

Solo para hogares temporales o adoptivos: Relación entre los niños que serán colocados y los padres temporales o adoptivos

Pariente                       Amigo cercano de la familia                       Ninguna relación

Fecha de contratación o servicio:	Grupo étnico (debe apuntar la raza también): <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro	Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> No se puede determinar	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indio americana/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de las islas del Pacífico
-----------------------------------	---	---	--

Otro nombre (de casada, soltera, etc.) Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
--	-----------------	-----------

**SOLO PARA USO DEL DFPS**

Worker Name (Last, First):

Mail code:

**DECLARACIÓN SOBRE LA PRIVACIDAD**

El DFPS valora su privacidad. Para más información, lea nuestra política sobre la privacidad en:  
[www.dfps.state.tx.us/policies/privacy.asp](http://www.dfps.state.tx.us/policies/privacy.asp).