



Investigación de antecedentes del personal de cuidado grupal, CPA y RPS

Formulario de petición/decisión

Group Care, CPA and RPS Staff Background Check Request/Decision form

Antes de presentar una petición de investigación de antecedentes, el solicitante debe rellenar el formulario de autorización de investigación de antecedentes en línea, en <https://fortress.wa.gov/dshs/bcs>, usando el navegador de internet Chrome o rellenar manualmente el formulario de [autorización de investigación de antecedentes](#) (DSHS 09-653), que está disponible en varios idiomas en el [sitio de internet](#) del DSHS. **Si el solicitante rellena el formulario en línea, recibirá un código de confirmación en línea que deberá proporcionar a la agencia de cuidado grupal, el RPS o la agencia de colocación de menores (CPA, por sus siglas en inglés). El formulario en línea no se envía a trámite automáticamente.**

El empleado de cuidado grupal, RPS o CPA que presenta la solicitud deberá rellenar las secciones 1A y 1B (cuando corresponda) de este formulario. En el cuadro para el nombre del peticionario y en el cuadro para el correo electrónico del peticionario debe escribir los nombres y correos electrónicos de los miembros del personal para los que desea recibir la decisión de la investigación de antecedentes. Si el solicitante rellenó el formulario en línea, proporcione el código de confirmación en línea. Envíe los formularios contestados al correo electrónico dcyf.rgclearances@dcyf.wa.gov. **Envíe solamente una petición en cada correo electrónico.** La unidad de investigación de antecedentes del DCYF escribirá la decisión en la sección 2 y le enviará la decisión por correo electrónico al peticionario indicado en la sección 1A. Los solicitantes con delitos o acciones negativas serán notificados del resultado y de la manera de solicitar una copia de su historial.

SECCIÓN 1A. Petición de información: Debe ser rellenada por la agencia de cuidado grupal, RPS o CPA que hace la peticionaria.

<input type="checkbox"/> CUIDADO GRUPAL <input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> RPS	<input type="checkbox"/> EMPLEADO NUEVO <input type="checkbox"/> RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> VOLUNTARIO	AGENCIA PETICIONARIA	NÚMERO(S) DE PROVEEDOR
NOMBRE(S) DEL PETICIONARIO		CORREO(S) ELECTRÓNICO(S) DEL PETICIONARIO	
NOMBRE DEL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE	CÓDIGO DE CONFIRMACIÓN EN LÍNEA	

SECCIÓN 1B. Información de fuera del estado: Debe ser rellenada por la *agencia de cuidado grupal o RPS* que hace la petición.

Incluya los otros estados en los que el solicitante haya vivido en los últimos cinco años. Escriba N/A en el primer cuadro si no ha vivido en otros estados.

--	--	--	--	--

SECCIÓN 2. Decisión de la investigación de antecedentes: Debe ser rellenada por la unidad de investigación de antecedentes del DCYF.

Tipo de investigación de antecedentes realizada: <input type="checkbox"/> Estado de WA <input type="checkbox"/> FBI (incluido el estado de WA)		
Número de OCA:		
<input type="checkbox"/> APROBADO: La investigación de antecedentes no reveló antecedentes penales ni de acciones negativas.		
<input type="checkbox"/> APROBADO CON ANTECEDENTES: La investigación de antecedentes reveló uno o más delitos o acciones negativas.		
<input type="checkbox"/> NO APROBADO: La investigación de antecedentes reveló uno o más delitos o acciones negativas y el solicitante no fue autorizado.		
Contestado por:	Fecha de recepción del resultado:	Fecha de la decisión: