



Justice Center for the Protection of People with Special Needs

Formulario de consentimiento del candidato para la toma de huellas dactilares para la revisión de antecedentes penales del Centro de Justicia

**Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales del Estado de Nueva York (Centro de Justicia)
Unidad de Revisión de Antecedentes Penales**

Parte 1. Información del candidato (imprimir)

Su apellido:	Su nombre:	MI:
Fecha de nacimiento:	Tipo de candidato: Empleado _____ Voluntario _____ Operador _____ Atención familiar _____	
Dirección del candidato, ciudad y estado:		Número del Seguro Social:
Nombre del centro/proveedor:		

Parte 2. Certificado

1. Se me informó que, como parte del proceso de solicitud, el centro o la agencia proveedora que se menciona anteriormente debe exigir una revisión de antecedentes con la División de Servicios de Justicia Penal (Division of Criminal Justice Services, DCJS) del Estado de Nueva York y la Oficina Federal de Investigación (Federal Bureau of Investigation, FBI) y el Centro de Justicia debe revisar y evaluar los resultados que reciba de ellas. Una condena por ciertos crímenes puede afectar mi aptitud para el empleo en este cargo.
2. Acepto que se tomen mis huellas dactilares y que se envíen a la DCJS y a la FBI y apruebo que el Centro de Justicia comparta con el centro o agencia proveedora que se mencionó anteriormente un resumen de la información de antecedentes criminales del Estado de Nueva York, de existir alguna, que se le devuelva a la DCJS como parte de la investigación de antecedentes para mi aptitud para el empleo o servicio voluntario o para mi certificación de operador como persona natural.
3. Se me informó que existen procedimientos para que yo obtenga, revise y, de ser necesario, busque la corrección de mi información de antecedentes criminales de conformidad con el reglamento establecido por el DCJS en la Parte 6050 de las Normas y Reglamentos de Nueva York (New York Codes Rules and Regulations, NYCRR), 9ª edición, así como con la FBI, si aplica.
4. Se me informó que tengo el derecho de retirar mi solicitud de empleo o servicio voluntario o de certificado de operador como persona natural sin prejuicios y en cualquier momento antes de que se acepte o rechace mi solicitud, independientemente de si la persona autorizada del centro o agencia proveedora revisó el resumen de cualquier información de antecedentes criminales o no.
5. Se me informó que los resultados de la revisión de antecedentes penales que se envíen al Centro de Justicia serán exactos.
7. Acepto a mi leal saber que yo: (marque según corresponda)
 - (a) _____ no he tenido condenas por crímenes.
 - (b) _____ no he tenido condenas por crímenes en Nueva York ni en ninguna otra jurisdicción.
 - (c) _____ tengo cargos pendientes de arresto.
 Si marcó la opción (b) o (c), escriba los detalles: _____

8. Se me informó que se solicita mi número del Seguro Social para que el Centro de Justicia pueda revisar si estoy en la Lista de Exclusión de Personal, como lo indica la Ley de Servicios Sociales y esto se llevará a cabo antes de la revisión de información de antecedentes criminales.

Usted no ha tenido condenas por crímenes si:

- a. Su condena se selló, rechazó, revirtió o si esta resultó en una sentencia de delincuente juvenil (youthful offender, YO) o delincuencia juvenil (juvenile delinquency, JD) o si resultó en una condena por un delito de violación no criminal o si se le declaró inocente;
- b. usted recibió una Suspensión en Contemplación de la Destitución (Adjournment in Contemplation of Dismissal, ACD) y ya transcurrió el período correspondiente; o c. usted retiró su petición después de terminar un programa de tratamiento y no ha tenido condenas por delitos ni fechorías.

Firma del candidato		Fecha:
Firma del representante si es menor de 18 años		Fecha:
Parte 3	Información de la Persona Autorizada del Centro o Agencia Proveedora	
Nombre de la Persona Autorizada:		Cargo:
Firma:		Correo electrónico: