NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Justice Center for the Protection of People with Special Needs	**Formularz zgody wnioskodawcy na pobranie odcisków palców do weryfikacji rejestru karnego przez Centrum Wymiaru Sprawiedliwości** (Criminal Background Check -CBC)	**Centrum Wymiaru Sprawiedliwości Stanu Nowy Jork ds. Ochrony Osób Specjalnej Troski Wydział weryfikacji rejestrów karnych**

Część 1. Dane wnioskodawcy (Proszę wypełnić wielkimi literami)

Nazwisko:	Imię:	Drugie imię:
Data urodzenia:	Wniosek na stanowisko: Pracownika_ Wolontariusza_____	Opiekuna rodzinnego_____ Dysponenta___
Adres wnioskodawcy, miejscowość, stan:		Numer ubezpieczenia społecznego:
Nazwa placówki/świadczeniodawcy:		

Część 2. Oświadczenie

1. Poinformowano mnie, że w ramach procesu składania wniosku, wymieniona wyżej placówka lub agencja świadczeniodawcy musi poprosić Wydział Wymiaru Sprawiedliwości w Sprawach Karnych Stanu Nowy Jork (NYS Division of Criminal Justice Services (DCJS)) oraz Federalny Biuro Śledcze (Federal Bureau of Investigation (FBI) o dostarczenie mojego rejestru karnego, a Centrum Wymiaru Sprawiedliwości musi zweryfikować i poddać ocenić wyniki otrzymane od DCJS i FBI. Ukaranie za określone przestępstwa może wpłynąć na moją przydatność do pracy na tym stanowisku.
2. Wyrażam zgodę na pobranie moich odcisków palców i przekazanie ich do DCJS i FBI oraz wyrażam zgodę na udostępnienie przez Centrum Sprawiedliwości wymienionej powyżej placówce lub agencji świadczeniodawcy streszczenia informacji z mojego rejestru karnego stanu NYS otrzymanych od DCJS w ramach weryfikacji mojej przydatności do zatrudnienia, objęcia wolontariatu lub do uzyskania certyfikatu dysponenta osoby fizycznej.
3. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo uzyskiwania, sprawdzania i, jeśli to konieczne, poprawiania informacji w moim rejestrze karnym zgodnie z przepisami ustanowionymi przez DCJS w statucie 9 NYCRR część 6050 oraz, w stosownych przypadkach, przez FBI.
4. Poinformowano mnie, że przysługuje mi prawo do wycofania wniosku o zatrudnienie, wolontariat lub certyfikat dysponenta osoby fizycznej, bez uszczerbku, w każdym czasie przed ofertą lub odmową zatrudnienia, objęcia wolontariatu lub uzyskania certyfikatu dysponenta osoby fizyczne, niezależnie od tego, czy upoważniona osoba placówki lub agencji świadczeniodawcy zapoznała się z podsumowaniem wszelkich informacji z rejestru karnego.
5. Poinformowano mnie, że wyniki weryfikacji rejestru karnego przekazane do Centrum Sprawiedliwości będą traktowane poufnie zgodnie z obowiązującymi prawami, ustawami i przepisami federalnymi i stanowymi, i będą ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym przez prawo. Przy podejmowaniu decyzji o zatrudnieniu Informacje z rejestru karnego będą rozpatrywane zgodnie z art. 23-A prawa karnego stanu Nowy Jork.
6. Oświadczam, że złożone przeze mnie odciski palców są moje własne oraz że podane przeze mnie informacje są prawdziwe i kompletne.
7. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy oświadczam, że: (zaznaczyć właściwe)
   (a) _____nie byłem/byłam karany/a za przestępstwo.
   (b) _____nie byłem/byłam karany/a za przestępstwo w stanie Nowy Jork lub innej jurysdykcji.
   (c) _____ wydano wobec mnie nakaz aresztowania.
   Jeśli zaznaczono (b) lub (c) proszę podać szczegóły:_ _____
   _____
   _____
   _____

Nie zostałeś skazany/a za przestępstwo, jeśli:
a. Nie zostałeś/łaś skazany/a za przestępstwo, jeśli wyrok został potwierdzony; oddalony; odwrócony; był wydany wobec nieletniego sprawcy (Youth Offender YO) lub za przestępstwo (JD) z udziałem nieletniego; skutkowało skazaniem za przestępstwo inne niż kryminalne; lub jeśli zostałeś/łaś uniewinniony/a.
b. Otrzymałeś/łaś odroczenie w celem rozważenia umorzenia (Adjournment in Contemplation of Dismissal - ACD) i okres odroczenia upłynął; lub
c. Wycofałeś/łaś swoje odwołanie po ukończeniu programu leczenia i nie zostałeś/łaś skazany/a za przestępstwo lub wykroczenie.

8. Poinformowano mnie, że zażądano ode mnie podania mojego numeru ubezpieczenia społecznego, celem sprawdzenia przez Centrum Sprawiedliwości, czy znajduję się na liście wykluczonych pracowników, zgodnie z wymogami prawa o świadczeniach socjalnych , i że ta procedura odbędzie się przed weryfikacją mojego rejestru karnego.

Podpis wnioskodawcy		Data:
Podpis opiekuna jeśli wnioskodawca jest nieletni		Data:
Część 3	**Dane osoby upoważnionej przez placówkę lub agencję świadczeniodawcy**	
Nazwisko osoby upoważnionej:		Tytuł:
Podpis:		Email: