

## DIVULGACION DE INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES INSTRUCCIONES BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE (BID) INSTRUCTIONS

El *Background Information Disclosure Form* (F-82064) (Formulario para la Divulgación de Información de Antecedentes) reúne información como es requerida por la *Wisconsin Caregiver Background Check Law* (Ley de Comprobación de Antecedentes para Proveedores de Cuidado en Wisconsin) para ayudar a empleadores y agencias reguladoras gubernamentales a tomar decisiones sobre empleo, contratos, residencia y de regulación. Complete y devuelva todo el formulario y adjunte las explicaciones especificadas por el empleador o la agencia reguladora gubernamental.

### LEY DE COMPROBACIÓN DE ANTECEDENTES PARA PROVEEDORES DE CUIDADO

De acuerdo con las disposiciones de las secciones 48.685 y 50.065 de los Estatutos de Wisconsin, para personas que han sido sentenciadas por ciertos crímenes, ofensas u otros actos:

1. El *Department of Health Services* (DHS) puede no licenciar, certificar o registrar a la persona o entidad (Nota: Empleados y proveedores de cuidado se denominan “entidades”);
2. Una agencia del condado puede no certificar a una guardería infantil o licenciar a un hogar custodio de tratamiento o custodia;
3. Una agencia de colocación de niños puede no licenciar un hogar custodio de tratamiento o custodia o contratar a un padre/madre adoptivo que solicita la adopción de un niño;
4. Una junta escolar podría no contratar a un proveedor de guardería infantil licenciado; y
5. Una entidad podría no emplear, contratar ni permitir que otras personas vivan en la entidad.

La lista de crímenes u ofensas que afectan la elegibilidad de un proveedor de cuidado que requieren revisión de rehabilitación está disponible en las agencias reguladoras o por Internet en <http://dhs.wisconsin.gov/caregiver/StatutesINDEX.HTM>

### LA LEY DE PROVEEDORES DE CUIDADO CUBRE LOS SIGUIENTES EMPLEADORES/ PROVEEDORES DE CUIDADO (DENOMINADOS “ENTIDADES”)

Programas Regulados Bajo Capítulo 48 de los Estatutos de Wisconsin	Treatment Foster Care, Family Child Care Centers, Group Child Care Centers, Residential Care Centers for Children and Youth, Child Placing Agencies, Day Camps for Children, Family Foster Homes for Children, Group Homes for Children, Shelter Care Facilities for Children, y Certified Family Child Care.
Programas Regulados Bajo Capítulos 50, 51, y 146 de los Estatutos de Wisconsin	Emergency Mental Health Service Programs, Mental Health Day Treatment Services for Children, Community Mental Health, Developmental Disabilities, AODA Services, Community Support Programs, Community Based Residential Facilities, 3-4 Bed Adult Family Homes, Residential Care Apartment Complexes, Ambulance Service Providers, Hospitals, Rural Medical Centers, Hospices, Nursing Homes, Facilities for the Developmentally Disabled, y Home Health Agencies – incluyendo aquellas que proveen servicios de cuidado personal.
Otros	Proveedores de Cuidado de Guarderías contratados a través de Juntas Escolares Locales

### LA LEY DE PROVEEDORES DE CUIDADO CUBRE A LAS SIGUIENTES PERSONAS

- Cualquier persona empleada o con contrato con una entidad cubierta que tenga acceso a los clientes, excepto si el acceso es infrecuente o esporádico y el servicio no es directamente relacionado al cuidado del cliente.
- Cualquiera que sea un Proveedor de Cuidado de Guardería que tenga contrato con una Junta Escolar bajo el Estatuto de Wisconsin 120.13 (14).
- Cualquier persona que viva en el local de una entidad cubierta y que tenga más de 10 años de edad, pero que no es cliente (“residente no cliente”).
- Cualquiera que sea licenciado por DHS.
- Cualquiera que tenga un hogar custodio licenciado por DHS.
- Cualquiera que sea certificado por DHS.
- Cualquiera que sea un Proveedor de Cuidado de Guardería certificado por un departamento del condado.
- Cualquiera que esté registrado por DHS.
- Cualquiera que sea miembro de una junta u oficial corporativo que tenga acceso a los clientes servidos.

## **LEY IMPARCIAL DE EMPLEO**

La Ley Imparcial de Empleo de Wisconsin, Capítulos 111.31 - 111.395, de los Estatutos de Wisconsin, prohíbe la discriminación a causa de un registro criminal o acusación pendiente; sin embargo, no es discriminación rehusar contratar o licenciar a una persona en base a un registro de arresto o condena de una persona si el arresto o condena es sustancialmente relacionado a las circunstancias del trabajo en particular o actividad licenciada.

## **INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

Esta información se usa para obtener datos pertinentes como se exige en las disposiciones establecidas en la *Wisconsin Caregiver Background Check Law*. Es voluntario que usted dé su número de *Social Security*, sin embargo, su número de *Social Security* es uno de los únicos identificadores usados para prevenir comparaciones incorrectas. Por ejemplo, el *Department of Justice* usa el número de *Social Security*, nombre, género, raza y fecha de nacimiento para prevenir comparaciones incorrectas de personas con condenas criminales. El *Department of Health Services' Caregiver Misconduct Registry* usa los números de *Social Security* como identificador para prevenir comparaciones incorrectas con personas que se haya determinado que abusan o descuidan a un cliente o que han malversado la propiedad de un cliente.

## DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE ANTECEDENTES BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE (BID)

Se requiere completar este formulario según las disposiciones de las secciones 48.685 y 50.065 de los Estatutos de Wisconsin. La falta a cumplir podría resultar en la denegación o revocación de su licencia, certificación o registro; o se puede negar o terminar su empleo o contrato. Para más información, consulte las instrucciones adjuntas (F-82064 A) en la página 1. Es voluntario proveer su número de *Social Security*, sin embargo, su número de *Social Security* es uno de los únicos identificadores usados para prevenir comparaciones incorrectas.

### Favor de llenar sus respuestas en letra de molde

Marque la casilla que le corresponda

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado/ Contratista (incluso solicitante nuevo)<br><input type="checkbox"/> Solicitante de licencia o certificación o registro (incluye continuación o renovación) | <input type="checkbox"/> Miembro de familia / vive en el lugar – pero no es cliente<br><input type="checkbox"/> Otro – especifique: |
|---|---|

**NOTA:** Si usted es un propietario, operador, miembro de junta o residente no cliente de una institución regulada por *el Division of Quality Assurance (DQA)*, complete el BID, F-82064, y el Apéndice, F-82069, y envíe ambos formularios a dirección anotada en las Instrucciones del Apéndice.

Nombre- (Nombre e Inicial)	Nombre – (Apellido)	Título del Cargo (Complete sólo si usted es posible empleado o contratista, o actual empleado o contratista.)		
Otros nombres que usted haya usado antes (incluyendo nombre de soltera)		Fecha de Nacimiento	Sexo (M / F)	Raza
Dirección Calle, Ciudad, Estado, Código Postal			Número de <i>Social Security</i>	
Nombre del Negocio y Dirección del Empleador o Proveedor de Cuidado (entidad)				

Sección A – ACCIONES, CRÍMENES Y OFENSAS QUE PUEDAN ACTUAR COMO PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN	SÍ	NO
1. ¿Hay algún cargo criminal pendiente en su contra o ha sido usted condenado por algún crimen en cualquier lugar, incluyendo tribunal federal, estatal, local, militar o de alguna tribu?  ➤ Si responde <b>Sí</b> , anote cada crimen, cuando ocurrió o la fecha de la condena y la ciudad y estado donde está el tribunal. Puede que le pidan más información incluyendo una copia certificada de la sentencia de la condena, una copia del cargo criminal o cualquier otro documento relacionado al tribunal o policía.		
2. ¿Un tribunal legal, le ha declarado (adjudicado) ser delincuente, cuando tenía 10 o más años de edad por crimen u ofensa? (Nota: Respuesta a esta pregunta sólo se requiere para centros de guardería familiar y de grupo para niños y campamentos diarios de niños). ➤ Si responde <b>Sí</b> , anote cuándo y dónde ocurrió cada crimen y el lugar del tribunal (ciudad y estado). Puede que le pidan más información incluyendo una copia certificada de petición de delincuencia, adjudicación de la delincuencia y otros documentos relacionados a la policía o al tribunal.		
3. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted cometió abuso o descuido de niños? Debe responder si marca la casilla de abajo: <input type="checkbox"/> (Sólo empleadores y agencias reguladoras con derecho a obtener información según 48.981(7) tienen autorización para marcar esta casilla, y deben hacerlo.) ➤ Si responde <b>Sí</b> , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.		
4. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted cometió abuso o descuido de alguna persona o cliente? ➤ Si responde <b>Sí</b> , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.		

(Continúa en la próxima página)

Sección A – Continuación	SÍ	NO
5. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted hizo mal uso (tomó o usó sin permiso) algo de la propiedad de una persona o cliente? ➤ Si responde <b>Sí</b> , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.		
6. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted <b>ha abusado a una persona mayor</b> ? ➤ Si responde <b>Sí</b> , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.		
7. ¿Tiene usted algún credencial del gobierno que esté vencido o que tenga limitaciones y limita el cuidado que usted puede proporcionar a los clientes? ➤ Si responde <b>Sí</b> , explique, incluyendo nombre del credencial, limitaciones o restricciones y el período.		
Sección B – OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA	SÍ	NO
1. ¿Alguna agencia de gobierno o reguladora ha limitado, negado o revocado alguna vez su licencia, certificación o registro para proporcionar cuidado, tratamiento o servicios educacionales? ➤ Si responde <b>Sí</b> , explique cuándo y dónde sucedió el evento.		
2. ¿Alguna agencia de gobierno o reguladora ha negado su permiso o restringido su posibilidad de vivir en el local de la institución que proporciona algún tipo de cuidado? ➤ Si responde <b>Sí</b> , explique la razón y cuándo y dónde ocurrió el evento.		
3. ¿Lo han despedido de alguna rama del <i>US Armed Forces</i> (Fuerzas Armadas de los Estados Unidos), incluyendo la reserva? ➤ Si responde <b>Sí</b> , indique la fecha en que fue despedido: ➤ Adjunte una copia de su DD214 si fue despedido en los últimos 3 años.		
4. ¿Ha vivido usted fuera de Wisconsin en los últimos 3 años? ➤ Si responde <b>Sí</b> , anote cada estado y las fechas en que vivió ahí.		
5. ¿Le han revisado sus antecedentes de proveedor de cuidado en los últimos 4 años? ➤ Si responde <b>Sí</b> , anote la fecha de cada revisión, el nombre y la dirección y número de teléfono de la persona, institución o agencia de gobierno que condujo la revisión.		
6. ¿Ha pedido alguna vez una revisión de rehabilitación al <i>Department of Health Services</i> , departamento del condado, agencia de colocación de niños, junta escolar o tribu designada del DHS? ➤ Si responde <b>Sí</b> , anote la fecha y el resultado de la revisión. Es posible que le pidan una copia de la decisión de la revisión.		

**Si responde "NO" a todas las preguntas, no se garantiza aprobación reguladora de empleo, residencia o contrato.**

Yo entiendo, bajo penalidad de la ley, que la información entregada arriba es verídica y precisa de acuerdo con mi mejor saber y entender y que si proporciono información falsa o dejo de dar información puede resultar en una multa de hasta \$1,000.00 y otras sanciones según se disponga en el código DHS 12.05 (4), Wis. Adm. Code.

FIRMA	Fecha de la firma
-------	-------------------