

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
FORMULARIOS REQUERIDOS Y LISTA PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES
PROGRAMAS DE CUIDADO INFANTIL

Los siguientes formularios individuales deben ser completados por todo el personal, proveedores legalmente exentos, voluntarios y todos los miembros del hogar de 18 años de edad o más, según se indica en el cuadro de abajo:

- **DCC, SACC y Personal y Voluntarios de Programas de Grupo Grupal Legalmente Exentos:** Presente todos los formularios requeridos que se indican abajo a su director. El director o designado ingresa la información del formulario **LDSS-3370** en el Sistema de Autorización en Línea (*Online Clearance System--OCS*). Si el pago no se hace con tarjeta de crédito, el cargo de \$25.00 en forma de cheque certificado o giro postal debe ser enviado por correo a la oficina del licenciante/registrador apropiado a OCFS-Finance Dept. 52 Washington Street, Room 203 South, Rensselaer, NY 12144. Su autorización **NO** será procesada sin el pago. Haga una cita para las huellas dactilares utilizando el formulario **OCFS-4930** y traiga el formulario a la cita. Todos los documentos de autorización se someten después al licenciante/registrador o agencia de inscripción. El director verifica las referencias y las calificaciones para el personal y voluntarios de DCC y SACC.
- **DCC, SACC y Directores de Programas de Grupo Legalmente Exentos:** Presente todos los formularios requeridos que se indican abajo a su licenciante/registrador o agencia de inscripción junto con su pago al SCR. Sus autorizaciones **NO** serán procesadas sin el pago. Haga una cita para la toma de huellas dactilares utilizando el formulario **OCFS-4930** y traiga ese formulario a la cita. Todos los documentos de autorización se presentarán después al licenciante/registrador o agencia de inscripción.
- **Todo el Personal y Miembros del Hogar de GFDC/FDC/SDCC:** Presente todos los formularios requeridos que se indican abajo a su licenciante/registrador. Su autorización **NO** será procesada sin el pago. Por favor haga una cita para la toma de huellas dactilares utilizando el formulario **OCFS-4930** y traiga ese formulario a la cita (si se indica abajo).
- **Proveedores de Cuidado Infantil Informales Legalmente Exentos*, Personal y Miembros del Hogar de Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento de 18 Años o Más**:** Presente todos los formularios requeridos que se indican abajo a su agencia de inscripción. Haga una cita para la toma de huellas dactilares utilizando el formulario **OCFS-4930** y traiga ese formulario a la cita. Su autorización **NO** será procesada sin el pago.

*Los proveedores de cuidado infantil informales legalmente exentos que están relacionados con TODOS los niños bajo cuidado como ser abuelos, bisabuelos, hermanos (que residen en una residencia separada), tíos o tías están exentos de los requisitos exhaustivos de verificación de antecedentes, al igual que su personal y voluntarios.

**Los miembros de hogares de cuidado infantil familiar legalmente exentos de 18 años de edad y mayores que estén relacionados con TODOS los niños bajo cuidado de alguna manera están exentos de los requisitos de verificación de antecedentes exhaustivos.

Requisitos	Todo el personal y los voluntarios en programas licenciados/registrados	Miembro del hogar de 18 años y mayores en G/FDC	Miembro del hogar menor de 18 años en G/FDC	Personal y voluntarios de grupos legalmente exentos	Proveedores de cuidado infantil informal legalmente exento, personal, voluntarios y miembros del hogar de cuidado infantil legalmente exento de 18 años de edad y más
<u>LDSS-3370-S</u> <i>Verificación de Datos del Registro Central del Estado (incluye el formulario y las instrucciones para completar la versión de DCCS)(Statewide Central Register Database Check)</i>	X	X		X	X
<u>OCFS-4930-S</u> <i>Solicitud de Servicios de Huellas Dactilares (Request for Fingerprinting Services-Child Care)</i>	X	X		X	X
<u>OCFS-6001-S</u> <i>Información de Proveedores de Cuidado Infantil, Personal, Voluntarios y Miembros del Hogar (Child Care Provider, Staff, Volunteer, and Household Member Information)</i>	X	X	X	X	X
<u>OCFS-6002-S</u> <i>Calificaciones (Qualifications)</i>	X				
<u>OCFS-6003-S</u> <i>Referencias (References)</i>	X				

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS**FORMULARIOS REQUERIDOS Y LISTA PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES
PROGRAMAS DE CUIDADO INFANTIL**

Requisitos	Todo el personal y los voluntarios en programas licenciados/registrados	Miembro del hogar de 18 años y mayores en G/FDC	Miembro del hogar menor de 18 años en G/FDC	Personal y voluntarios de grupos legalmente exentos	Proveedores de cuidado infantil informal legalmente exento, personal, voluntarios y miembros del hogar de cuidado infantil legalmente exento de 18 años de edad y más
<u>OCFS-6004-S</u> <i>Declaración Médica del Personal, Voluntarios y Miembros del Hogar (Child Care Provider, Staff, Volunteer, and Household Member Medical Statement)</i>	X	X	X	X	
<u>OCFS-6005-S</u> <i>Declaración de Condena Penal (Criminal Conviction Statement)</i>	X	X			
<u>OCFS-6022-S</u> <i>Solicitud de Verificación de la Lista de Exclusión de Personal (Request for Staff Exclusion List Check)</i>	X	X		X	X

Los requisitos para las verificaciones exhaustivas de antecedentes se completarán usando los formularios que aparecen en la página anterior. La Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS) proporcionará un aviso por escrito sobre si la persona está autorizada o no para cuidar a los niños una vez que se complete el proceso.

La verificación de datos del <i>New York State Criminal History Record Check</i> se cumplirá con el formulario OCFS-4930. <i>New York State Department of Criminal Justice Services</i>
La verificación de datos del <i>National Criminal Record Check</i> se cumplirá con el formulario OCFS-4930. <i>Federal Bureau of Investigation*</i>
La verificación de datos del <i>New York State Sex Offender Registry Search</i> se cumplirá con el formulario OCFS-6001. <i>New York State Department of Criminal Justice Services</i>
La verificación de datos del <i>National Sex Offender Registry Search**</i> se cumplirá con el formulario OCFS-4930. <i>National Crime and Information Center</i>
La verificación de datos del <i>Statewide Central Register Database Check</i> se cumplirá con el formulario LDSS-3370. <i>Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment</i>
La verificación de datos del <i>Staff Exclusion List Check</i> se cumplirá con el formulario OCFS-6022. <i>New York State Justice Center</i>
La verificación de datos del <i>State Sex Offender Registry, Child Abuse or Maltreatment, and Criminal History Repository Search</i> se cumplirá con el formulario OCFS-6001. <i>En cada uno de los estados fuera de Nueva York donde ha vivido en los últimos 5 años</i>

***Declaración de la Ley de Privacidad:** Esta declaración de la ley de privacidad está en el reverso de la tarjeta de huellas dactilares FD-258.

Autoridad: La adquisición, la conservación y el intercambio de huellas dactilares e información relevante por el FBI está autorizada en general bajo la 28 U.S.C. 534. Dependiendo de la naturaleza de su solicitud, las autoridades suplementarias incluyen estatutos federales, estatutos estatales, conforme a la publicación L. 92-544, órdenes ejecutivas presidenciales y reglamentos federales. El proveer sus huellas dactilares e información relevante es voluntario; sin embargo, la falta de hacerlo podría afectar la terminación o aprobación de su solicitud.

Propósito principal: Ciertas determinaciones, como las de empleo, licencias y autorizaciones de seguridad, podrían depender de la investigación de antecedentes basada en huellas dactilares. Sus huellas dactilares y la información/biometría relevante se pueden proporcionar a la agencia empleadora, investigadora o responsable y/ o al FBI con el propósito de comparar sus huellas dactilares con otras huellas dactilares en el sistema de Identificación de Próxima

Generación (Next Generation Identification, NGI) del FBI o sus sistemas sucesores (incluidos los depósitos civiles, penales y de huellas dactilares latentes) u otros registros disponibles de la agencia empleadora, investigadora o responsable. El FBI puede retener sus huellas dactilares e información/biometría asociada en NGI después de completar esta solicitud y, mientras se conserven, sus huellas dactilares pueden continuar comparándose con otras huellas dactilares enviadas o retenidas por NGI.

Usos rutinarios: *Durante el procesamiento de esta solicitud y durante el tiempo que sus huellas dactilares y la información/biometría relevante permanezcan en el NGI, su información puede divulgarse de conformidad con su consentimiento y puede divulgarse sin su consentimiento según lo permitido por la Ley de Privacidad de 1974 y todos los usos rutinarios aplicables que se puedan publicar en cualquier momento en el Registro Federal, incluidos los Usos Rutinarios para el Sistema NGI y los Usos Rutinarios Generales del FBI. Los usos rutinarios incluyen pero no se limitan a divulgaciones a agencias gubernamentales o no gubernamentales autorizadas responsables por emplear, contratar, licenciar, autorizaciones de seguridad y otras determinaciones de idoneidad; agencias de cumplimiento de la ley locales, estatales, tribales o federales; agencias de justicia penal; y agencias responsables de la seguridad nacional o la seguridad pública.*

A partir del 30/03/2018

****Requerido conforme a un programa que la OCFS emitirá posteriormente.**

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

CALIFICACIONES
Programas de Cuidado Infantil Diurno

NOMBRE DEL PROGRAMA:	NUMERO DE ID DEL ESTABLECIMIENTO:
NOMBRE DE LA PERSONA CON ROL O FUNCIÓN PENDIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año): / /

Las regulaciones de cuidado diurno infantil de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York (OCFS por sus siglas en inglés) identifican calificaciones y requisitos mínimos para el personal que provee cuidado en los programas de cuidado diurno infantil. La información está incluida en la sección .13 de las regulaciones. Las regulaciones pueden obtenerse en ocfs.ny.gov y de su licenciante/registrante.

Instrucciones:

- Consulte las regulaciones de la OCFS sobre calificaciones y requisitos mínimos para su rol o función.
- Complete las secciones que se aplican a su rol o función en el programa. Puede adjuntar un currículum.
- Puede que se le pida presentar documentación adicional para demostrar educación, capacitación o experiencia en cuidado infantil.
- Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA**.

TIPO DE PROGRAMA:	Cuidado Diurno Familiar (o en Familia), Cuidado Diurno Grupal (o de un Grupo de Niños en Familia) y Centros Pequeños de Cuidado Diurno	Centro de Cuidado Diurno y Cuidado de Niños en Edad Escolar
ROL O FUNCIÓN EN EL PROGRAMA	<input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Sustituto	<input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Maestro de Grupo <input type="checkbox"/> Asistente de Maestro

Educación/Capacitación (si se aplica para el rol/función pendiente)

Rango de Fechas	Grado, Concentración, Nombre del Credencial o Capacitación	Institución	Número de Créditos (si se aplica)

Experiencia en Cuidado Infantil

Rango de Fechas	Descripción	Lugar	Edad de los Niños

Experiencia en Supervisión (se aplica a funciones pendientes de director de un programa en un centro de cuidado diurno/cuidado infantil en edad escolar)

Rango de Fechas	Descripción	Lugar

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

REFERENCIAS
Programa de Cuidado Diurno Infantil

Instrucciones:

- Por favor provea información completa de dos personas (una referencia de empleo y una referencia personal) que nosotros podamos contactar.
- Parientes **NO** pueden ser usados como referencias.
- Si ha sido empleado fuera del hogar, por favor incluya a un empleador como una de sus referencias.
- Por favor escriba claramente en **LETRAS DE IMPRENTA**.

NOMBRE DEL PROGRAMA:	NÚMERO DE ID DEL ESTABLECIMIENTO:
NOMBRE:	

TIPO DE PROGRAMA	Cuidado Diurno Familiar (o en Familia), Cuidado Diurno Grupal (o de un Grupo de Niños en Familia) y Centros Pequeños de Cuidado Diurno	Centro de Cuidado Diurno y Cuidado de Niños en Edad Escolar
ROL O FUNCIÓN EN EL PROGRAMA	<input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Sustituto	<input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Maestro <input type="checkbox"/> Voluntario

REFERENCIA #1 (Requerida)

Por favor marque el tipo de referencia apropiado: Personal Empleo

<input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> SRTA.	NOMBRE (Apellido, Primer Nombre, Inicial):		
NOMBRE DEL NEGOCIO:		APTO:	PISO:
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE DÍA: () -		CORREO ELECTRÓNICO:	

¿Habla la referencia provista inglés? Sí No Si NO, por favor especifique el idioma que habla:

REFERENCIA #2 (Requerida)

Por favor marque el tipo de referencia apropiado: Personal Empleo

<input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> SRTA.	NOMBRE (Apellido, Primer Nombre, Inicial):		
NOMBRE DEL NEGOCIO:		APTO:	PISO:
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE DÍA: () -		CORREO ELECTRÓNICO:	

¿Habla la referencia provista inglés? Sí No Si NO, por favor especifique el idioma que habla:

REFERENCIA #3 (Opcional)

Por favor marque el tipo de referencia apropiado: Personal Empleo

<input type="checkbox"/> SR. <input type="checkbox"/> SRA. <input type="checkbox"/> SRTA.	NOMBRE (Apellido, Primer Nombre, Inicial):		
NOMBRE DEL NEGOCIO:		APTO:	PISO:
DIRECCIÓN:			
CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE DÍA: () -		CORREO ELECTRÓNICO:	

¿Habla la referencia provista inglés? Sí No Si NO, por favor especifique el idioma que habla:

**DECLARACIÓN MÉDICA DEL PERSONAL, VOLUNTARIOS Y MIEMBROS DEL HOGAR
PROGRAMAS DE CUIDADO INFANTIL**

Instrucciones:

- Se requiere una firma en **AMBOS LADOS** de este formulario. Si el **único papel o función es ser miembro del hogar**, complete **solamente** la página del frente.
- Sólo el proveedor de atención de salud (médico, asistente médico, enfermero practicante) puede completar/firmar la sección del Estado Médico.
- **Una enfermero registrado NO está autorizado firmar la sección de condición médica pero PUEDE firmar la información sobre la prueba de tuberculina en el reverso.**
- Un profesional de atención de salud puede usar un formulario equivalente siempre y cuando la información en este formulario esté incluida.
- Vea instrucciones adicionales acerca de la prueba de tuberculina en el reverso de este formulario.
- Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA**.

Certifico que no he falsificado ni he alterado ninguna información contenida en este documento. Soy consciente de que la presentación y/o posesión de documentos falsificados o alterados puede constituir un delito. Además de ser potencialmente sujeto a procesamiento penal, cualquier programa que haya presentado y/o posea tales documentos puede estar sujeto a multas por la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York y/o al rechazo o revocación de una licencia o registro.

Nombre del Programa:	Número de ID del Establecimiento:
Nombre de la Persona:	Fecha de Nacimiento: / /

TIPO DE PROGRAMA:	Cuidado Diurno Familiar, Cuidado Diurno Grupal (o de un Grupo de Niños en Familia), Centro Pequeño de Cuidado Diurno	Centro de Cuidado Diurno Infantil y Cuidado de Niños en Edad Escolar, Programas de Grupo Legalmente Exentos	Todos los Programas
<u>PAPEL o FUNCIÓN:</u>	<input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Sustituto <input type="checkbox"/> Asistente <input type="checkbox"/> Miembro del Hogar (GFDC/FDC)	<input type="checkbox"/> Director <input type="checkbox"/> Maestro de Grupo <input type="checkbox"/> Asistente del Maestro	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Voluntario

Tareas típicas de cuidado diurno infantil

- Levantar y cargar a los niños
- Contacto cercano con los niños
- Supervisión directa de los niños
- Conductor de vehículos
- Preparación de la comida
- Trabajo de escritorio
- Mantenimiento del centro o establecimiento
- Evacuación de los niños en emergencia

SÓLO para ser completado por un proveedor de atención de salud

Condición médica

Según mi conocimiento del individuo mencionado anteriormente, yo considero que:			
Él/Ella está actualmente exhibiendo signos o síntomas de una enfermedad transmisible que pondría en riesgo la salud y la seguridad de los niños bajo cuidado.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	
Él/Ella ha sido diagnosticado con un trastorno psiquiátrico o emocional que pondría en riesgo la salud y la seguridad de los niños bajo cuidado.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	
Él/Ella tiene una condición física que le evitaría proporcionar tareas típicas de cuidado diurno como se describen arriba.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NA (solo si el papel es de voluntario o miembro del hogar)
Para cualquier respuesta "Sí", clarifique e/o indique las restricciones:			

Firma (médico, asistente médico, enfermero practicante)

Nombre (escriba claramente en LETRA DE IMPRENTA o use sello de la oficina)

() -
Teléfono

Título

Fecha del Examen

Fecha de la Firma

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

DECLARACIÓN MÉDICA DEL PERSONAL, VOLUNTARIOS Y MIEMBROS DEL HOGAR
 PROGRAMAS DE CUIDADO INFANTIL

Nombre del Programa:
Nombre de la Persona:

Número de ID del Establecimiento:
Fecha de Nacimiento:

Instrucciones:

- Los **miembros del hogar** en un programa basado en un ambiente familiar que no tienen otro papel o función, **no necesitan** una prueba de tuberculina y **no tienen que** completar esta página. Nadie con un papel o función en un programa legalmente exento tiene que completar la prueba de tuberculina.
- Un profesional de atención de salud (médico, asistente médico, enfermero practicante) o un *enfermero registrado como parte de sus responsabilidades en un establecimiento de atención de salud* puede registrar los resultados en la sección de información sobre la prueba de tuberculina y firmar esta página.
- Pruebas aceptables de tuberculina incluyen la prueba de Mantoux u otra prueba de tuberculina federal aprobada.
- Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA**.

————— **SÓLO** para ser completado por un profesional de atención de salud —————

Información sobre la prueba de tuberculina

Prueba completada

Prueba leída el: / /
 (mm / dd / aaaa)

Resultado de la prueba: Positiva Negativa _____

Si es positiva, ¿es riesgoso para la salud y la seguridad de los niños el contacto de esta persona con los niños inscritos en cuidado infantil?

Sí No

La prueba no se ha completado

No se sometió la prueba. Indique la razón: _____

 Excepción médica o contraindicación

Si el resultado previo de la prueba fue positivo, indique la fecha: / /
 (mm / dd / aaaa)

Si el resultado previo fue positivo, ¿es riesgoso para la salud y la seguridad de los niños el contacto de esta persona con los niños inscritos en cuidado infantil?

Sí No

 Firma (médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero registrado)

 Nombre (por favor escriba claramente en LETRA DE IMPRENTA o use sello de la oficina)

() -
 Teléfono

 Título

 / /
 Fecha

INSTRUCCIONES DE DEVOLUCIÓN DEL FORMULARIO PARA PROGRAMAS:

- **Programas de GFDC/FDC**—devuelva este formulario completado a su licenciante o registrador.
- **Programas de DCC/SACC-directores**—devuelva este formulario completado a su licenciante o registrador; **todo otro personal**—devuelva el formulario al director para ser evaluado.
- **Directores de programas de grupo legalmente exentos**—devuelva este formulario a su agencia de inscripción.
- **Empleados y voluntarios en programas legalmente exentos**—devuelva este formulario a su director.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
DECLARACIÓN DE CONDENA PENAL
PROGRAMAS DE CUIDADO INFANTIL DIURNO

Instrucciones:

- **TODOS** los solicitantes para licenciatura o registro, personal, voluntarios y miembros del hogar de 18 años de edad o más deben completar y firmar la Declaración de Condena Penal.
- Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA**.

NOMBRE DEL PROGRAMA:
NOMBRE DE LA PERSONA:

NÚMERO DE ID DEL ESTABLECIMIENTO:
FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año):

CERTIFICACIÓN

Certifico que a mi leal saber y entender:

YO HE **YO NO HE sido condenado por un delito menor o un delito en el estado de Nueva York u otra jurisdicción.**

(Un delito se refiere a un delito menor o un delito grave; esto no incluye infracciones. No es necesario que revele los delitos que el tribunal designó con el estado de "Delincuente Juvenil").

A mi mejor entender y conocimiento, la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa. Entiendo que si no declaro con veracidad y precisión si he sido condenado por un delito, esto puede constituir un motivo de despido o denegación de empleo, o suspensión, limitación o revocación de la licencia o registro para proporcionar cuidado infantil en este lugar.

FIRMA: _____ FECHA: (mes/día/año): ____ / ____ / ____

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE LA LISTA DE EXCLUSIÓN DE PERSONAL
Programas de Cuidado Diurno Infantil

NOMBRE DEL PROGRAMA:

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO:

El Centro de Justicia para la Protección de Personas con Necesidades Especiales del Estado de Nueva York (*New York State Justice Center for the Protection of People with Special Needs*) (Centro de Justicia) preserva un Registro Central de Personal Vulnerables (*Vulnerable Persons Central Register*). Ese registro incluye la Lista de Exclusión de Personal (*Staff Exclusion List*, SEL) que contiene los nombres de los individuos que han cometido actos graves de abuso. La SEL debe ser verificada como parte del proceso de verificación de antecedentes exhaustiva en el formulario **OCFS-6000-S, FORMULARIOS REQUERIDOS Y LISTA PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES - Miembro voluntario del hogar del.**

Instrucciones:

- Este formulario se usa para verificar la Lista de Exclusión de Personal del Centro de Justicia.
- Para determinar dónde presentar este formulario, identifique el tipo de programa y el cargo del individuo en la lista de abajo.

Tipo de programa/Papel o función en el programa	Dónde presentarlo
Cuidado Diurno Familiar, Cuidado Diurno Grupal y Centro Pequeño de Cuidado Diurno (Personal, Voluntarios y Miembros del Hogar de 18 Años y Más)	Al licenciante/registrador del programa
Centro de Cuidado Diurno y Cuidado de Niños en Edad Escolar (Directores)	Al licenciante/registrador del programa
Centro de Cuidado Diurno, Programa de Grupo Legalmente Exento y Cuidado de Niños en Edad Escolar (Personal y Voluntarios)	Al director del programa
Directores de Programas de Grupo Legalmente Exentos, Cuidado Infantil Informal Legalmente Exento (Proveedores, Personal, Voluntarios y Miembros del Hogar de 18 Años y Más)	A la agencia de inscripción del programa

Si el individuo aparece en la SEL, se tomará una decisión referente a su contrato o permiso para tener contacto regular y sustancial con niños en los programas de cuidado infantil.

Complete toda la información de abajo. Por favor escriba claramente en **LETRA DE IMPRENTA** para evitar retrasos en el procesamiento.

Primer nombre: _____

Apellido: _____

Inicial: _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Fecha de nacimiento: Solo si el número de Seguro Social o el registro de extranjero no está disponible:

_____/_____/_____

Número de registro extranjero: Solo si el número de Seguro Social no está disponible: _____

Cargo para el que solicitó: _____

Instrucciones para Completar el Formulario de Verificación de Datos del Registro Central de Abuso y Maltrato Infantil del Estado de Nueva York - LDSS-3370 (Versión de DCCS)

TODA la información en el formulario **LDSS-3370-S** (versión DCCS) debe leerse con facilidad de manera que el ingreso de datos y los resultados sean acertados. Cada formulario **LDSS-3370 de Verificación de Datos del Registro Central del Estado (Statewide Central Register Database Check-SCR)** que se haya presentado debe ser revisada para asegurar su integridad y legibilidad por el coordinador(a) del programa o de la agencia. Si el formulario es incompleto o ilegible, se devolverá a la agencia para que sea corregido.

LA MANERA APROPIADA DE COMPLETAR EL FORMULARIO:

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA

PRIMERA LÍNEA DEL FORMULARIO

- Los tres dígitos del código de la agencia deben ser colocados en la casilla izquierda, seguidos de la Identificación (ID) del Recurso (*Resource ID*, RID) en la casilla siguiente a la derecha. (Contacte a la agencia encargada de otorgar licencias si hay preguntas sobre esto).
- Los proveedores de cuidado diurno deben colocar su número del Sistema de Establecimientos de Cuidado Infantil (*Child Care Facility System-CCFS*) en la casilla siguiente a la Identificación del Recurso (RID), en vez del número de RID. (Contacte a la agencia encargada de otorgar licencias/oficina regional si tiene preguntas sobre esto).
- El código de letras de la Categoría de Autorización (vea el reverso del formulario LDSS-3370, versión DCCS) debe ser colocado en la casilla del medio.
- El número de teléfono (con prefijo) facilita que el SCR contacte al coordinador(a) de la agencia si es necesario.
- La casilla de RID es solo para el uso del SCR.

ÁREA PARA LA DIRECCIÓN DE LA AGENCIA

- Nombre de la Agencia: Por favor use el nombre completo, sin abreviaturas.
- Coordinador de la Agencia es la persona de contacto en la agencia que está haciendo la investigación. (La respuesta del SCR se dirigirá al coordinador.) **El coordinador no puede ser el solicitante o un familiar del solicitante.**
- Dirección de la Agencia: **Debe** incluir la calle y la ciudad.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

AREA DEL SOLICITANTE/MIEMBRO DEL HOGAR

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, ADULTOS Y NIÑOS, YA SEAN CON PARENTESCO AL SOLICITANTE O NO, TIENEN QUE SER LISTADOS EN ESTA PARTE DEL FORMULARIO.

Recuerde de **escribir claramente** o **usando una computadora** toda la información para asistir en la obtención de una respuesta acertada. Indique todos los nombres empezando con el apellido, seguido del primer nombre y luego el nombre medio.

- Primera línea: Nombre del solicitante. Si hay más que un solicitante, indique los nombres adicionales en las líneas debajo de la línea del nombre de soltero(a).
- Segunda línea: Cualquier nombre de soltero(a), nombres de casada(o), o alias por lo(s) que el solicitante es conocido(a). Use líneas adicionales si hay más de un nombre/nombre de casada(o) o alias que deben listarse.
- Líneas restantes: Nombres de todos los otros miembros del hogar (Adjunte una página adicional si es necesario).

SI NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, MARQUE LA CASILLA QUE INDICA QUE NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR.

- Primera columna: Indique el parentesco con el solicitante de cada persona indicada (esposo(a), hijo(a), madre, padre, amigo(a), etc.).
- Columna del género M/F: Indique ya sea M (Masculino) o F (Femenino) para cada persona listada.
- Columna de la fecha de nacimiento: Indique la fecha completa de nacimiento (mm/dd/aaaa) para cada persona enumerada en el formulario.

AREA DE LA DIRECCION:

- La información requerida varía dependiendo de la categoría (vea el reverso de este formulario para las categorías).
- Para Adopción, Cuidado de Crianza y Cuidado Diurno Familiar (o en ambiente familiar) o Cuidado Diurno Grupal, provea direcciones para el solicitante y cualquier miembro del hogar de 18 años de edad y más. Para Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento, provea direcciones para el solicitante y cualquier otro miembro de 18 o más años de edad, a menos que el miembro del hogar esté relacionado de alguna manera con todos los niños bajo cuidado. **Esta información debe cubrir los últimos 28 años.** Adjunte páginas suplementarias si es necesario, pero **no use** otro formulario LDSS-3370 (versión DCCS) para añadir información adicional. Asegúrese de asociar el historial de direcciones con individuos específicos (i.e., indique qué direcciones pertenecen o emparejan con qué miembros del hogar).
- Para todas las otras categorías, solo se necesita el historial de las direcciones del solicitante **por los últimos 28 años.**
- Direcciones completas son necesarias. Incluya el nombre de la calle, el número de la calle, apartamento y ciudad/pueblo/villa. **Los números de casillas postales no son aceptables.** Si el solicitante ha vivido afuera, indique el país y las fechas de residencia (mes[es]/año[s]).
- Si el solicitante ha pasado tiempo en servicio militar, indique los nombres de la(s) base(s) y su(s) localidad(es) con fechas (mes[es]/año[s]).
- **Asegúrese de que no haya períodos de tiempo sin explicación.**
- La línea superior es para la dirección actual. La dirección previa debe indicarse en la segunda línea hacia abajo, continuando en el reverso del formulario para los últimos 28 años. Engrape la página suplementaria al formulario si necesita más espacio, pero **no use** otra copia del formulario LDSS-3370 (versión DCCS) para esta información adicional.

AREA DE LA FIRMA:

- Las firmas son requeridas dependiendo de las categorías (vea el reverso del formulario para las categorías).
- Para Adopción, Cuidado de Crianza y Cuidado Diurno Familiar (o en ambiente familiar) o Cuidado Diurno Grupal, se necesitan firmas del solicitante y de cualquier miembro del hogar de 18 años de edad o más. Para Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento se necesitan firmas del solicitante y de cualquier otro miembro del hogar de 18 o más años de edad, a menos que el miembro del hogar esté relacionado de alguna manera con todos los niños bajo cuidado.
- Para todas las otras categorías solo la firma del solicitante es requerida.
- Todas las firmas deben corresponder con los nombres indicados en el área del Solicitante/Miembro del Hogar. Por ejemplo; Mary Smith no debería firmar Mary Ann Smith. Victoria Smith no debería firmar Vicki.
- Los solicitantes deben firmar en las casillas marcadas Firma del Solicitante; los miembros del hogar de 18 años de edad o más que no son solicitantes deben firmar en la(s) casilla(s) en la parte más inferior de la página marcada Firma.
- Todas las firmas deben ser fechadas (mm/dd/aaaa). **El SCR no aceptará** un formulario con una fecha de la firma de más de seis meses.

Si tiene preguntas acerca de cómo completar este formulario, **por favor llame al SCR al 518-474-5297.**

ENVÍE SU FORMULARIO LDSS-3370 (VERSIÓN DCCS) A LA PERSONA INDICADA EN EL FORMULARIO OCFS-6000. INCLUYA LA CUOTA REQUERIDA PARA CADA SOLICITANTE DE EMPLEO PARA SER UN PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.

PARA ORDERNAR EL FORMULARIO LDSS-3370-S (Versión DCCS):

Por favor obtenga acceso al formulario **OCFS-4627, Request for Forms and Publications (Solicitud de Formularios y Publicaciones)**, del intranet https://ocfs.state.nyenet/admin/forms/Management_Services/ o del Internet: https://ocfs.ny.gov/main/documents/forms_keyword.asp, y envíe el formulario **OCFS-4627** debidamente completado a la: **NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, FORMS AND PUBLICATIONS UNIT, 52 WASHINGTON ST., ROOM 116 SOUTH, RENSSELAER, NY 12144.**

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
VERIFICACIÓN DE DATOS DEL REGISTRO CENTRAL DEL ESTADO

Usa de la Agencia Solamente

SÓLO PARA EL SCR
I.D. DE LA SOLICITUD:

DEBEN COMPLETARSE TODAS LAS AREAS. POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O POR COMPUTADORA.

CODIGO DE LA AGENCIA	I.D. DE RECURSO (RID)	NO. DEL SISTEMA DEL ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO INFANTIL (CCFS)	CATEGORIA (Use códigos alpha del reverso)	NO. DE TELEFONO (Prefijo) () -
ESCRIBA ABAJO LA DIRECCIÓN ASOCIADA CON SU NÚMERO RID/CCFS: NOMBRE DE AGENCIA: _____ COORD. DE AGENCIA: _____ DIRECCION: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZONA POSTAL: _____			Las clasificaciones particulares de las personas que deben o pueden ser examinadas se establecen en el reverso de este documento. Los códigos alpha para completar la casilla "Categoría" de arriba también se encuentran en el reverso de este formulario. PARA TODAS LAS CATEGORIAS: Complete lo siguiente para usted mismo(a), su esposa(o), sus hijos y cualquier otra persona que esté viviendo en su hogar en este momento: ASEGURESE DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALIAS/CASADO QUE SE APLIQUEN. SI NINGUNA SE APLICA, INDIQUE "NINGUNA". Indique la RELACIÓN en los campos de abajo (vea el reverso para instrucciones). Adjunte páginas adicionales si es necesario.	

El propósito de coleccionar datos demográficos de otras personas en su hogar que no son evaluadas de acuerdo con la Sección 424-a de la Ley de Servicios Sociales es permitir que la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York identifique con la mayor exactitud posible si la(s) persona(s) que está(n) siendo evaluadas es/son el sujeto de un informe de abuso o maltrato infantil indicado. El uso de esta información de manera discriminatoria es contrario a la Ley de Derechos Humanos.

SOLICITANTE/MIEMBRO DEL HOGAR FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRAS DE IMPRENTA O POR COMPUTADORA
 SI NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, POR FAVOR MARQUE ESTA CASILLA.

PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	GÉNERO M/F	FECHA DE NACIMIENTO		
				Mes	Día	Año
SOLICITANTE			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALIAS/CASADO(A)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Por favor provea su dirección actual y cualquier otra dirección en la que usted haya vivido por los últimos 28 años, incluyendo la calle, número de la calle, la ciudad y el estado. Para Adopción, Cuidado de Crianza, Cuidado Diurno Familiar (o en ambiente familiar) y Grupal y Cuidado Familiar Legalmente Exento también incluya el mismo historial de datos para miembros del hogar de 18 años de edad o más.

DIRECCION RESIDENCIAL ACTUAL	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/
DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/
DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/
DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/
DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA	APTO #	CIUDAD	ESTADO	ZONA POSTAL	DE (mes/año)	A (mes/año)
					/	/

Afirmo que toda la información provista en este formulario es verdadera a mi mejor conocimiento. Yo entiendo que, si proveo declaraciones falsas conscientemente, tal acción puede ser motivo para la negación o despido de un empleo o negación o revocación de una licencia, certificado, permiso, registro o aprobación.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA / /
-----------------------	--------------

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA / /
-----------------------	--------------

Dieciocho años de edad o más:

Yo entiendo que como persona de 18 años de edad o más residiendo en el hogar de un solicitante para convertirse en un padre o madre adoptivo(a) o de crianza o un proveedor(a) de Cuidado Diurno Familiar o Cuidado Diurno Grupal o un proveedor de Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento, la información que he provisto será usada para solicitar información del Registro Central del Estado para determinar si soy el sujeto de un informe indicado de abuso o maltrato infantil.

FIRMA	FECHA / /
-------	--------------

FIRMA	FECHA / /
-------	--------------

INSTRUCCIONES PARA LOS COORDINADORES DE LAS AGENCIAS

Por favor verifique que cada formulario haya sido completado. Los formularios incompletos serán devueltos al que los envíe. Para ADOPCIÓN, CUIDADO DE CRIANZA y CUIDADO DIURNO FAMILIAR y GRUPAL, si el esposo y la esposa son solicitantes, ambos deben firmar. Las personas de 18 años de edad y mayores que residan en el hogar del solicitante para ADOPCIÓN, CUIDADO DE CRIANZA, y CUIDADO DIURNO FAMILIAR y GRUPAL también deben firmar el formulario.

CÓDIGO DE LA AGENCIA: Indique los tres dígitos del código de la agencia. **NOTA:** Los Centros de Cuidado Diurno, Cuidado Diurno Familiar y Grupal y Campos deben proveer el código de la agencia u oficina que emite su licencia o certificado. Verifique su código de tres dígitos Alpha o Alpha/Numérico con la agencia encargada de la licencia.

PROVEEDORES DE CUIDADO DIURNO: Debe colocar su número del Sistema de Establecimientos de Cuidado Infantil (*Child Care Facility System*—CCFS) en la casilla próxima al ID de Recurso (RID), en vez de la casilla del número de ID de Recurso (RID). (Si tiene preguntas, contacte a la agencia encargada de la licencia o a la oficina regional).

ID DE RECURSO (RID): Indique su ID de Recurso (RID) en este campo. Las agencias licenciadas y programas de OCFS, OMH, OMRDD, DOH, OASAS y SED y los departamentos de servicios sociales locales tienen RID desde septiembre de 2001. Verifique su RID con la agencia encargada de licencias. Si necesita ayuda, envíe un correo electrónico a: ocfs.sm.conn_app@ocfs.ny.gov

CATEGORÍAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN: Indique la categoría apropiada.

<p>A - Servicios para Adultos/Hogares para Adultos Tipo Familia</p> <p>CCE - Empleado actual de cuidado infantil</p> <p>CCZ - Voluntario/Consultor prospectivo de cuidado infantil</p> <p>CCS - Proveedor de bienes/servicios de cuidado infantil</p> <p>D - Empleado(a) prospectivo(a) (<i>distrito local del servicios sociales – facture contra el reembolso</i>)**</p> <p>F - Empleado prospectivo/nuevo, diferente a empleados de cuidado diurno (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>G - Este es un proveedor o empleado en cuidado infantil legalmente exento a domicilio. No se requiere verificación de datos cuando el proveedor es un pariente legalmente exento, solo para proveedores de cuidado infantil provisto a domicilio. (<i>Esta categoría solo la deben usar Agencias de Inscripción</i>). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>I - Este es un proveedor en cuidado infantil familiar legalmente exento. No se requiere verificación de datos cuando el proveedor es pariente legalmente exento (solo para proveedores de cuidado infantil familiar). (<i>Esta categoría solo la deben usar Agencias de Inscripción</i>). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. Para proveedores, incluya historial de direcciones para todos los miembros del hogar de 18 años o más que no tienen parentesco o relación de ningún tipo con todos los niños bajo cuidado.</p> <p>J - Miembro del hogar de 18 años o más (sin una función de cuidado infantil)</p> <p>L - Este es un director o empleado en cuidado diurno grupal legalmente exento. (<i>Esta categoría solo la deben usar Agencias de Inscripción</i>). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>M - Director de un campo de verano, campo nocturno, campo diurno o campo diurno de viaje</p>	<p>N - Solicitando una licencia para operar un centro de cuidado diurno. (Para ser presentada solo por una agencia autorizada, encargada de licencias). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>P - Solicitando ser proveedor de cuidado diurno familiar (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. Provea historial de direcciones para todos los miembros de 18 años de edad o más.</p> <p>Q - Solicitando ser un proveedor de cuidado diurno grupal (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. Provea historial de direcciones para todos los miembros de 18 años de edad o más.</p> <p>R - Solicitando para ser padres de crianza por parentesco.</p> <p>U - Maestro de Pre-Kinder Universal (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>W - Solicitando para ser padres de crianza o proveedores de cuidado infantil familiar.</p> <p>X - Solicitando para ser padres adoptivos de acuerdo a una solicitud pendiente ante una agencia que está llevando a cabo una investigación</p> <p>Y - Empleado prospectivo de <u>cuidado diurno</u> (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solicitando ser asistente en cuidado diurno familiar grupal (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. - Empleado prospectivo de cuidado infantil familiar legalmente exento (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.
---	--

COORDINADOR(A) DE LA AGENCIA: Indique el nombre de la persona a quien debería enviarse la respuesta (*no puede ser la misma que el solicitante o relacionada al solicitante*).

INSTRUCCIONES PARA EL AREA DEL SOLICITANTE/MIEMBRO DEL HOGAR: Esta información será provista por el solicitante/ empleado(a)/proveedor(a). (*Vea el frente del formulario*).

SOLICITANTE(S): USE LA PRIMERA LÍNEA (por lo menos una persona debe ser designada).

NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALTERNATIVO/ALIAS: DEBE ser completado para cada solicitante. Indique **TODOS** los nombres usados previamente. Empiece con la segunda línea. Use cuantas líneas necesite (un apellido por línea).

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR: Describa el parentesco con el solicitante, i.e., hijo(a), padre, madre, amigo(a), etc. en las líneas que sobran. (ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO).

SI NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, POR FAVOR MARQUE LA CASILLA QUE INDICA QUE NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR.

*La Ley de Servicios Sociales 424-a requiere el cobro de una **cuota de \$25.00** para solicitantes de empleo y solicitantes para ser proveedores de cuidado infantil. Un cheque certificado, un giro postal o bancario, un cheque de caja o un cheque de una agencia pagables a "New York State Office of Children and Family Services" en la cantidad de veinticinco dólares debe acompañar al formulario. El cheque también debe incluir el nombre del solicitante y el código de la agencia.

N.B.: Un cheque por separado debe acompañar cada formulario.

**La Ley de Servicios Sociales 424-a permite que los departamentos de servicios sociales locales facturen contra su reembolso el cargo cobrado para seleccionar a empleados prospectivos.

Si tiene preguntas acerca de cómo completar este formulario, por favor llame al SCR al 518-474-5297.

ENVÍE SU FORMULARIO LDSS-3370 (VERSIÓN DCCS) A LA PERSONA INDICADA EN EL FORMULARIO OCFS-6000. INCLUYA LA CUOTA REQUERIDA PARA **CADA SOLICITANTE** DE EMPLEO PARA SER UN PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
SOLICITUD DE SERVICIOS DE HUELLAS DACTILARES EN ELESTADO DE NUEVA YORK
Programas de Cuidado Infantil

Información de Inscripción:

El solicitante debe tener una cita para que se le tomen las huellas dactilares. Para la cita, el solicitante necesitará traer este formulario y una identificación aceptable.

Las citas se pueden hacer contactando a la empresa de huellas dactilares de la manera siguiente:

Portal: https://uenroll.identogo.com/workflows/15441V o Centro de llamadas: 877-472-6915

Sección de la Agencia Contribuyente:

Código de Servicio: 15441V Agencia Contribuyente: NYS Office of Children and Family Services- Programas de Cuidado Diurno Infantil

ID del Establecimiento/Agencia:

Nombre/Dirección del Establecimiento:

Sección del Solicitante:

Nueva presentación Reenvío

Nombre del Solicitante:

Alias/Nombre de Soltero(a):

Calle:

Ciudad, Estado, Zona Postal:

Fecha de Nacimiento: / / Género: Masculino Femenino Otro

Etnicidad: Hispano No Hispano

Raza: Blanco Negro Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático/Isleño del Pacífico Otro Desconocido

Tono de Piel: Color de Ojos: Color de Pelo:

Altura: Pies Pulgadas Peso: Libras

Estado/País/Fecha de Nacimiento:

Función del Solicitante de Huellas Dactilares (Por favor marque uno):

CUIDADO INFANTIL: Director (D) Proveedor (F) Empleado/Profesor (T) Voluntario (V) Miembro del hogar mayor de 18 años de edad (HM)

Sección de Afirmación del Solicitante de Huellas Dactilares

Por la presente afirmo que la información contenida en esta solicitud y los documentos de apoyo son verdaderos y no contienen ninguna declaración falsa u omisiones de cualquier información de material o hechos. Yo comprendo que el hacer declaraciones falsas por escrito en esta solicitud es castigable como delito menor de clase A bajo la Sección 175.30 y/o la Sección 210.45 de la Ley Penal de Nueva York.

Firma del Solicitante: X Fecha: / /

Sección de Pago:

Cuenta de Facturación de la Agencia

Formas de identificación aceptables para traer a su cita (deben ser válidas y no vencidas):

- Licencia de conducir emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos
- PERMISO de conducir emitido por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación emitida por una agencia gubernamental federal, estatal o local, o por un territorio de los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación estatal (o posesión periférica de los Estados Unidos) con un sello o logotipo del estado o agencia estatal
- Licencia de conducir comercial, emitida por un estado o posesión periférica de los Estados Unidos
- Tarjeta de acceso común del Departamento de Defensa
- Documento de autorización de empleo que contiene una fotografía
- Licencia de conducir extranjera (México y Canadá solamente)
- Pasaporte extranjero
- Tarjeta de identificación de un dependiente de un militar
- Tarjeta de un residente permanente o tarjeta de registro de extranjero (formulario 1-551)
- Credencial de marino mercante del servicio de guardacostas de los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación militar de los Estados Unidos
- Pasaporte de los Estados Unidos
- Tarjeta de una tribu de los Estados Unidos (sólo tarjeta con características de seguridad o “enhanced”) o tarjeta de identificación del Negociado de Asuntos de Indios Americanos
- Visa de los Estados Unidos emitida por el Departamento de Asuntos Consulares de los Estados Unidos para viajar a o dentro de, o residir en, los Estados Unidos
- Tarjeta de identificación de los Servicios Uniformados de los Estados Unidos (formulario DD-1172-2)

Identificación si la persona es menor de 18 años y no hay otro documento disponible:

Para personas menores de 18 años de edad que no puedan presentar un documento aceptable con fotografía listado anteriormente, éstas tendrán que presentar una tarjeta de Seguro Social o un certificado de nacimiento. El formulario [New York Photo ID Waiver for Minors](#), (*Exención de Identificación con Foto para Menores en Nueva York*), desarrollado por la División de Servicios de Justicia Criminal, debe ser completado y firmado por un padre/madre o tutor(a) en **inglés** en el momento de tomarse las huellas dactilares en el lugar de la toma de huellas. La versión que compartimos en español en este enlace [Exención de Identificación con Foto para Menores en Nueva York](#) es solo para su información.

No firme este formulario por adelantado.

NOTA: *El personal con huellas dactilares en el archivo de la Oficina de Servicios para Niños y Familias puede ser elegible para la exención. Contacte al licenciado/registrator o al director del programa para más información.*

Solicitantes con dificultad de obtener huellas dactilares

Por favor póngase en contacto con la Unidad de Revisión de Historia Criminal (Criminal History Review Unit) llamando al (518) 473-8595 para instrucciones.

Declaración de la Ley de Privacidad de la Oficina Federal de Investigación (Federal Bureau of Investigation, FBI): Esta declaración de la ley de privacidad está en el reverso de la tarjeta de huellas dactilares FD-258.

Autoridad: La adquisición, la conservación y el intercambio de huellas dactilares e información relevante por el FBI está autorizada en general bajo la 28 U.S.C. 534. Dependiendo de la naturaleza de su solicitud, las autoridades suplementarias incluyen estatutos federales, estatutos estatales, conforme a la publicación L. 92-544, órdenes ejecutivas presidenciales y reglamentos federales. El proveer sus huellas dactilares e información relevante es voluntario; sin embargo, la falta de hacerlo podría afectar la terminación o aprobación de su solicitud.

Propósito principal: Ciertas determinaciones, como las de empleo, licencias y autorizaciones de seguridad, podrían depender de la investigación de antecedentes basada en huellas dactilares. Sus huellas dactilares y la información/biometría relevante se pueden proporcionar a la agencia empleadora, investigadora o responsable y/o al FBI con el propósito de comparar sus huellas dactilares con otras huellas dactilares en el sistema de Identificación de Próxima Generación (*Next Generation Identification, NGI*) del FBI o sus sistemas sucesores (incluidos los depósitos civiles, penales y de huellas dactilares latentes) u otros registros disponibles de la agencia empleadora, investigadora o responsable. El FBI puede retener sus huellas dactilares e información/biometría asociada en NGI después de completar esta solicitud y, mientras se conserven, sus huellas dactilares pueden continuar comparándose con otras huellas dactilares enviadas o retenidas por NGI.

Usos rutinarios: Durante el procesamiento de esta solicitud y durante el tiempo que sus huellas dactilares y la información/biometría relevante permanezcan en el NGI, su información puede divulgarse de conformidad con su consentimiento y puede divulgarse sin su consentimiento según lo permitido por la Ley de Privacidad de 1974 y todos los usos rutinarios aplicables que se puedan publicar en cualquier momento en el Registro Federal, incluidos los Usos Rutinarios para el Sistema NGI y los Usos Rutinarios Generales del FBI. Los usos rutinarios incluyen, pero no se limitan a divulgaciones a agencias gubernamentales o no gubernamentales autorizadas responsables por emplear, contratar, licenciar, autorizaciones de seguridad y otras determinaciones de idoneidad; agencias de cumplimiento de la ley locales, estatales, tribales o federales; agencias de justicia penal; y agencias responsables de la seguridad nacional o la seguridad pública.

A partir del 30/03/2018