|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Quality AssuranceF-82064S (07/2018) | **STATE OF WISCONSIN**Wis. Stat. § 50.065Wis. Admin. Code § DHS 12.05(4)Página 1 de 3 |
| DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN dE ANTECEDENTES BACKGROUnd information disclosure (bid) |
| * **PENA: A sabiendas, proporcionar información falsa u omitir información puede resultar en la pérdida de hasta $1,000 y otras sanciones según lo dispuesto en el Wis. Admin. Code § DHS 12.05(4).**
* La cumplimentación de este formulario es obligatoria según las disposiciones de Wis. Stat. § 50.065. El incumplimiento de las normas puede dar como resultado la denegación o revocación de su licencia, certificación o registro, o bien, la denegación o terminación de su empleo o contrato.
* Consulte el formulario DQA F-82064A, *Instrucciones para el BID*, para obtener información adicional.
* Proporcionar su número de seguro social es voluntario; sin embargo, su número de seguro social es uno de los identificadores únicos utilizados para evitar coincidencias incorrectas.
* **ESCRIBA SUS REPUESTAS A MAQUINA O EN LETRAS DE MOLDE.**
 |
| **Marque la casilla que corresponda a usted.** |
| [ ]  | Empleado / contratista (incluyendo nuevo solicitante) | [ ]  | Miembro del hogar (vive en el local, pero no es un cliente) |
| [ ]  | Solicitante de una licencia, certificación o registro(incluida la continuación o renovación) | [ ]  | Otra –especifique: |        |
| **NOTA:** Si es propietario, operador, miembro de la junta o cliente de una instalación regulada por la Division of Quality Assurance (DQA), complete el BID, F-82064 [Appendix, F-82069](http://www.dhs.wisconsin.gov/forms/F8/F82069.docx), y envíe ambos formularios a la dirección indicada en las Instrucciones del Apéndice. |
| Nombre legal completo – *Primer nombre*      | *Segundo nombre*      | *Apellido*      |
| Título de la posición(Complete solo si es un empleado o contratista potencial o actual).      | Fecha de nacimiento *(mm/dd/aaaa)*      | Sexo[ ]  Masculino[ ]  Femenino |
| Cualquier otro nombre por el que haya sido conocido (incluido el apellido de soltera)      |
| Raza / Etnicidad (Marque SOLO una.)[ ]  Indio americano o nativo de Alaska [ ]  Isleño asiático o del pacifico [ ]  Negro[ ]  Blanco [ ]  Se desconoce | Número de seguro social      |
| Dirección      | Ciudad      | Estado   | Código postal      |
| Nombre y dirección comercial - Empleador o proveedor de cuidado (Entidad)      |
| **El responder "NO" a todas las preguntas no garantiza el empleo, la residencia, un contrato o la aprobación regulatoria.** |

| **SECCIÓN A: ACTOS, CRÍMENES Y OFENSAS QUE PUEDEN ACTUAR COMO UN FRENO O RESTRICCIÓN** |
| --- |
| 1. | ¿Tiene cargos penales pendientes en su contra, incluidos tribunales federales, estatales, locales, militares y tribales?Si la respuesta es **Sí**, indique cada cargo, cuándo ocurrió o la fecha del cargo, y la ciudad y el estado donde se encuentra el tribunal. Es posible que se le solicite que proporcione información adicional, incluida una copia de la denuncia penal o de cualquier otro documento judicial o policial pertinente. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
| 2. | ¿Alguna vez fue condenado por algún delito en algún lugar, incluidos tribunales federales, estatales, locales, militares y tribales?Si la respuesta es **Sí,** indique cada delito, cuándo ocurrió o la fecha de la condena, y la ciudad y el estado donde se encuentra el tribunal. Es posible que se le solicite que proporcione información adicional, incluida una copia certificada del fallo de condena, una copia de la denuncia penal o cualquier otro documento judicial o de la policía pertinente. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
| 3. | **IMPORTANTE: Lea antes de completar el artículo 3.****Wis. Stat. § 48.981 Niños maltratados y nonatos abusados. (7) (a) CONFIDENCIALIDAD.**“Todos los informes realizados bajo esta sección, los avisos provistos bajo sub. (3) (bm), y los registros mantenidos por una agencia y otras personas, funcionarios e instituciones deben ser confidenciales ”. Los informes y los registros se pueden divulgar solo a las personas identificadas en esta sección.[ ]  **Si usted es el empleador o el posible empleador de la persona que completa este formulario y tiene derecho a obtener este Información según lo anterior, marque esta casilla.** |
| ¿Ha encontrado alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) alguna vez que usted cometió abuso o negligencia infantil?**Si se ha marcado la casilla anterior,** proporcione una explicación a continuación, que incluya cuándo y dónde ocurrió el incidente. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
| 4. | ¿Ha encontrado alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) que usted abusó o descuidó a alguna persona o cliente?Si la respuesta es **Sí**, explique, incluyendo cuándo y dónde ocurrió.. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
| 5. | ¿Ha encontrado alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) alguna vez que usted ha malversado (tomado o usado incorrectamente) la propiedad de una persona o cliente?Si la respuesta es **Sí**, explique, incluyendo cuándo y dónde ocurrió.. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
| 6. | ¿Descubrió alguna vez un gobierno o una agencia reguladora (aparte de la policía) que usted abusó de una persona mayor?Si la respuesta es **Sí,** explique, incluyendo cuándo y dónde ocurrió. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
| 7. | ¿Tiene una credencial emitida por el gobierno que no está al día o está limitada para restringirles la prestación de atención a los clientes?Si la respuesta es **Sí**, explique, incluido el nombre de la credencial, las limitaciones o las restricciones y el período de tiempo. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
| **SECCIÓN B - OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA** |
|  | ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora ha limitado, negado o revocado su licencia, certificación o registro parabrindar atención, tratamiento o servicios educativos?Si la respuesta es **Sí**, explique, incluyendo cuándo y dónde ocurrió. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
|  | ¿Alguna agencia gubernamental o reguladora le ha negado permiso o restringido su capacidad para vivir en las instalaciones de un centro de atención médica?Si la respuesta es **Sí,** explique, incluyendo cuándo y dónde sucedió y la razón. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
|  | ¿Ha sido dado de alta de una rama de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., Incluido algún componente de reserva?En caso **afirmativo**, indicar el año de la dada de alta:      Adjunte una copia de su DD214, si fue dado de alta en los últimos tres (3) años. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|  | ¿Ha residido fuera de Wisconsin en los últimos tres (3) años?Si la respuesta es **Sí,** indique cada estado y las fechas en que residió allí. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
|  | Si está empleado o está solicitando para el estado de Wisconsin, ¿ha residido fuera de Wisconsin en los últimos siete (7) años?Si la respuesta es **Sí,** indique cada estado y las fechas en que residió allí. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
|  | ¿Le han realizado una verificación de antecedentes del cuidador en los últimos cuatro (4) años?Si la respuesta es **Sí**, indique la fecha de cada cheque y el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona, institución o agencia gubernamental que realizó cada cheque. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
|  | ¿Alguna vez ha solicitado una revisión de rehabilitación con el Department of Health Services de Wisconsin, un departamento del condado, una agencia privada de colocación de niños, una junta escolar o una tribu designada por DHS?Si la respuesta es **Sí**, indique la fecha de revisión y el resultado de la revisión. Se le puede pedir que proporcione una copia de la decisión de la revisión. | Sí[ ]  | No[ ]  |
|       |
| ***Lea y ponga sus iniciales en la siguiente declaración.*** |
|   | He completado y revisado este formulario (F-82064, BID) y afirmo que la información es verdadera y correcta a la fecha de hoy.. |
| Nombre - Persona que completa este formulario      | Fecha enviado      |