|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Quality Assurance  F-82064S (07/2018) | | | | **STATE OF WISCONSIN**  Wis. Stat. § 50.065  Wis. Admin. Code § DHS 12.05(4)  Página 1 de 3 | | | | | | | |
| DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN dE ANTECEDENTESBACKGROUnd 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 para brindar 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 | | |