



SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES DE EMPLEADOS

Fecha de entrega ____/____/____

Nombre del Solicitante: _____

Dirección Residencial: _____

Dirección Postal: _____

Número de Teléfono Solicitante: ____-____-____ Seguro Social: ____-____-____

Favor de marcar en el encasillado que aplique:

- Por los pasados 5 años he residido exclusivamente en Puerto Rico
- Por los pasados 5 años he residido en Estados Unidos, específicamente en el estado de: _____.
- Por los pasados 5 años he residido fuera de Puerto Rico específicamente en el país de: _____.

Nombre de Entidad: (si aplica) _____ Teléfono: ____-____-____

Tipo de Servicio:

- Centro de Cuido Licenciado
- Hogar Licenciado
- Hogar Exento no Familiar

Puesto, parentesco o función: _____

Documentos adjuntos a esa solicitud:

- Verificación de Antecedentes Penales de PR Fecha de Emisión: ____/____/____
- Verificación de Antecedentes Penales de USA Fecha de Emisión: ____/____/____
- Certificación de Registros de Ofensores Sexuales Fecha de Emisión: ____/____/____
- Identificación (1): _____ # _____
- Identificación (2): _____ # _____

Raza:	
<input type="checkbox"/>	Blanco
<input type="checkbox"/>	Negro
<input type="checkbox"/>	Nativo Alaska
<input type="checkbox"/>	Asiático
<input type="checkbox"/>	Nativo de Hawái
<input type="checkbox"/>	Indio

ACCION TOMADA:	
(Para uso de la ACUDEN)	
<input type="checkbox"/>	Se aceptó solicitud, se orientó sobre y se entregó Consentimiento.
<input type="checkbox"/>	Se rechazó solicitud por falta de documentos: _____, se orientó en cuando a los documentos requeridos.
<input type="checkbox"/>	Se rechazó la solicitud por defectos identificados como no subsanables.
Firma _____	Fecha: _____

2 FOTOS 2x2
