

DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE KANSAS
DEPARTAMENTO DE LICENCIAS DE ACOGIDA

Dirección postal: PO BOX 1424 Topeka, KS 66601
Dirección física: 500 SW Van Buren Topeka, KS 66603
Página web: <http://www.dcf.ks.gov>
Email: DCF.FCL002@ks.gov



AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Quién debe utilizar este formulario: Este formulario debe ser completado para toda persona a la que se le exija una verificación de antecedentes a los efectos de la concesión de la Licencia de Acogida del DCF. **Este formulario también se utilizará para actualizar cualquier información que sea necesaria, es decir, el cambio de nombre o de dirección.** El sujeto de la verificación de antecedentes debe completar las secciones 3 y 4. Se requiere la firma de los padres o tutores si la comprobación de antecedentes es para un menor de 18 años.

Para ser procesado, este formulario de autorización debe ser completado con exactitud y en su totalidad. Las firmas son necesarias para su tramitación. Para las huellas dactilares, utilice el formulario FP-1020

Al enviarla, asegúrese de incluir los siguientes elementos:

- FCL 002: El formulario está completo incluyendo todas las firmas requeridas.
- SOLICITUDES DEL REGISTRO DE MALTRATO INFANTIL FUERA DEL ESTADO: Por favor, adjunte los resultados o formulario de solicitud OSCAR cuando envíe este es el formulario FCL002. Los formularios de solicitud de registro de maltrato infantil fuera del estado se pueden encontrar visitando el sitio web de Licencias de Acogida o haciendo clic en el siguiente enlace:
<http://www.dcf.ks.gov/services/PPS/FCL/Documents/Nationwide%20CAN%20Links%20PDF.pdf>
- FP 1020 Y EXENCIONES: Debe completarse y presentarse con las huellas dactilares o enviarse por correo electrónico a DCF.FPTOPEKA@KS.GOV

Seleccione todas las que correspondan:		Tipo de colocación/agencia (seleccione una):	Rol/Afiliación: (Seleccione uno)	
1	A	Acogida/colocación	<input type="checkbox"/> Hogar de acogida familiar <input type="checkbox"/> Colocación con un pariente <input type="checkbox"/> ICPC	<input type="checkbox"/> Solicitante <input type="checkbox"/> Residente del hogar <input type="checkbox"/> Cuidador alternativo
	B	Empleo/Proveedor	<input type="checkbox"/> Agencia de colocación de menores <input type="checkbox"/> Centro residencial/hogar grupal de acogida <input type="checkbox"/> Centro de detención/Cuidado bajo seguridad <input type="checkbox"/> Establecimiento con personal de seguridad <input type="checkbox"/> Establecimiento de cuidado por parte de auxiliares	<input type="checkbox"/> Candidato a empleo <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Candidato a empleo que no requiere huella dactilares
¿Le han tomado las huellas dactilares para el DCF anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
¿Ha presentado las huellas dactilares? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, fecha en que se presentaron:				
¿Proporcionará esta persona cuidados o servicios directos a niños bajo custodia del DCF? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				

1.1	DEBE COMPLETARSE SOLO CUANDO SE ELIMINA UN AFILIADO.
	Esta sección es obligatoria para todos los proveedores de la sección 1, categoría A, de acogida/colocación, y es opcional para los proveedores de la categoría B, de empleo/proveedor. Las secciones 2 y 3 deberán ser rellenadas. La sección 4 no es necesaria cuando se elimina un afiliado.
	Fecha de entrada en vigor:
	Motivo de la eliminación:

2	A SER COMPLETADO POR EL ORGANISMO SOLICITANTE		
	Agencia que solicita:		
	Nombre de la institución/agencia/casa de acogida familiar o número de licencia para que la persona se afilie:		
	Si necesita estar afiliado a varias instalaciones, indique todos los números de licencia aplicables:		
	Nombre de la persona de contacto:		
	Dirección:		
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Correo electrónico:		

DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE KANSAS
DEPARTAMENTO DE LICENCIAS DE ACOGIDA

Dirección postal: PO BOX 1424 Topeka, KS 66601
Dirección física: 500 SW Van Buren Topeka, KS 66603
[Página web: http://www.dcf.ks.gov](http://www.dcf.ks.gov)
[Email: DCF.FCL002@ks.gov](mailto:DCF.FCL002@ks.gov)



AUTORIZACIÓN PARA LA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

A SER RELLENADO POR EL SOLICITANTE						
3	Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
	Apellido de soltera y/o cualquier otro nombre usado anteriormente (Apellido/Primer Nombre/Segundo):			SSN:	Raza:	
	Dirección actual de la calle/Apto/Lote			Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Teléfono:			Correo electrónico:		

COMPROBACIÓN DEL REGISTRO DE MALTRATO INFANTIL FUERA DEL ESTADO						
3.1	¿Ha vivido fuera del estado de Kansas en los últimos 5 años?				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo, consulte la lista de comprobación de la página 1 de este formulario y adjunte todos los formularios requeridos en la sección de solicitud de registro de maltrato infantil (para cada estado en el que haya vivido en los últimos 5 años).					
	INDIQUE LA CIUDAD, EL ESTADO Y EL CÓDIGO POSTAL DE CADA ESTADO EN EL QUE HAYA RESIDIDO FUERA DE KANSAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.					
	Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal	

4	Autorización/Certificación (Seleccione sí o no en cada pregunta)	SÍ	NO		SÍ	NO
	¿Ha sido alguna vez identificado como autor en una investigación de abuso/descuido que involucre a un menor o a un adulto?			¿Se le ha retirado alguna vez la patria potestad?		
	¿Se ha determinado que usted es una persona discapacitada que necesita un tutor o un custodio o ambos?			¿Ha sido alguna vez condenado por un delito penal?		
	Doy permiso para que los antecedentes sean revisados por el DCF para determinar la elegibilidad para la participación en el programa o con fines de empleo. Entiendo que la información revelada es para uso exclusivo y confidencial del DCF o de la persona designada por el Secretario.					
FIRMA: _____			FECHA: _____			
PADRE/MADRE/TUTOR Firma (si es menor de 18): _____			FECHA: _____			
RESULTADOS, SOLO PARA EL USO DEL DCF: RESULTS, DCF USE ONLY:						