

DIVULGACIÓN DE ANTECEDENTES – INSTRUCCIONES BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE (BID) INSTRUCTIONS

El formulario de Divulgación de Antecedentes (Background Information Disclosure [F-82064]) reúne información requerida por la Wisconsin Caregiver Background Check Law (Ley de Revisión de Antecedentes para Proveedores de Cuidado en Wisconsin) para ayudar a los empleadores y a las agencias reguladoras gubernamentales a tomar decisiones sobre empleo, contratos, residencia y de regulaciones. Complete y envíe todo el formulario e incluya las explicaciones según lo especificado por el empleador o la agencia reguladora gubernamental. **NOTA:** Si usted es un propietario, operador, miembro de la junta, residente no cliente de una facilidad del Division of Quality Assurance (DQA), complete el formulario de Divulgación de Antecedentes adjunto (BID, F-82064), y el [Appendix, F-82069](#), y envíe ambos formularios a la dirección que se indica en las Instrucciones del Apéndice.

LEY DE REVISIÓN DE ANTECEDENTES PARA PROVEEDORES DE CUIDADO (CAREGIVER BACKGROUND CHECK LAW)

De acuerdo con las disposiciones de los Chapters 48.685 y 50.065, Wis. Stats., para personas que han sido sentenciadas por ciertos actos, crímenes o delitos:

1. El Department of Health Services (DHS) puede no otorgar licencia, certificar o registrar a la persona o entidad (Nota: Los empleados y proveedores de cuidado se denominan “entidades”);
2. Una agencia del condado puede no certificar a una guardería infantil o no otorgar licencia a un hogar de cuidado temporal (Foster home) u hogar de cuidado temporal para fines de tratamiento;
3. Una agencia de colocación de niños puede no otorgar licencia a un hogar de cuidado temporal (Foster home) u hogar de cuidado temporal para fines de tratamiento o contratar a un padre/madre adoptivo que solicita la adopción de un niño;
4. Una junta escolar podría no contratar a un proveedor de guardería infantil con licencia; y
5. Una entidad podría no emplear, contratar ni permitir que otras personas vivan en la entidad.

La lista de los delitos que afectan la elegibilidad de un proveedor de cuidado que requiera revisión de la rehabilitación está disponible en las agencias reguladoras o a través del Internet en <http://DHS.wisconsin.gov/caregiver/StatutesINDEX.HTM>.

LA LEY DE PROVEEDORES DE CUIDADO CUBRE A LOS SIGUIENTES EMPLEADORES/ PROVEEDORES DE CUIDADO (DENOMINADOS “Entidades”):

Programas regulados bajo Chapter 48, Wis. Stats.	Treatment Foster Care, Family Child Care Centers, Group Child Care Centers, Residential Care Centers for Children and Youth, Child Placing Agencies, Day Camps for Children, Family Foster Homes for Children, Group Homes for Children, Shelter Care Facilities for Children, y Certified Family Child Care.
Programas regulados bajo Chapters 50, 51, and 146, Wis. Stats.	Emergency Mental Health Service Programs, Mental Health Day Treatment Services for Children, Community Mental Health, Developmental Disabilities, AODA Services, Community Support Programs, Community Based Residential Facilities, 3-4 Bed Adult Family Homes, Residential Care Apartment Complexes, Ambulance Service Providers, Hospitals, Rural Medical Centers, Hospices, Nursing Homes, Facilities for the Developmentally Disabled, y Home Health Agencies – incluyendo aquellas que proporcionan servicios de cuidado personal.
Otras	Proveedores de Cuidado de Guarderías contratados a través de Juntas Escolares Locales

LA LEY DE PROVEEDORES DE CUIDADO CUBRE A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

- Cualquier persona empleada o con contrato con una entidad cubierta que tenga acceso a los clientes, excepto si el acceso es infrecuente o esporádico y el servicio no es directamente relacionado al cuidado del cliente. Excepción: los técnicos médicos de emergencia y primeros auxilios no están cubiertos bajo la Ley de Proveedores de Cuidado (Caregiver).
- Cualquier persona que sea un Proveedor de Cuidado de Guardería que tenga contrato con una Junta Escolar bajo Wis. Stats. 120.13 (14).
- Cualquier persona que viva en el local de una entidad cubierta y que tenga más de 10 años de edad, pero que no es cliente (“residente no cliente”).
- Cualquier persona con licencia otorgada por DHS.
- Cualquier persona que tenga un hogar de cuidado temporal (Foster home) con licencia otorgada por DHS.
- Cualquier persona certificado por DHS.
- Cualquier persona que sea un Proveedor de Cuidado de Guardería certificado por un departamento del condado.
- Cualquier persona registrada por DHS.
- Cualquier persona que sea miembro de una junta u oficial corporativo que tenga acceso a los clientes servidos.

LEY IMPARCIAL DE EMPLEO (FAIR EMPLOYMENT ACT)

La Ley Imparcial de Empleo de Wisconsin (Wisconsin’s Fair Employment Act), Capítulos 111.31 - 111.395, Wis. Stats., prohíbe la discriminación a causa de un registro criminal o acusación pendiente; sin embargo, no es discriminación rehusar contratar u otorgar licencia a una persona en base a un registro de arresto o condena de una persona si el arresto o condena es sustancialmente relacionado a las circunstancias del trabajo en particular o actividad con licencia.

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL

Esta información se usa para obtener datos pertinentes como se exige en las disposiciones establecidas en la Ley de Revisión de Antecedentes (Wisconsin Caregiver Background Check Law). Es voluntario que usted dé su número de Seguro Social, sin embargo, su número de Seguro Social es uno de los únicos identificadores usados para prevenir comparaciones incorrectas. Por ejemplo, el Department of Justice usa el número de Seguro Social, nombre, sexo, raza y fecha de nacimiento para prevenir comparaciones incorrectas de personas con condenas criminales. El Registro de Cuidadores con Mala Conducta (Caregiver Misconduct Registry) del Department of Health Services usa los números de Seguro Social como identificador para prevenir comparaciones incorrectas con personas que se han determinado que abusan o descuidan a un cliente o que han malversado la propiedad de un cliente.

**DIVULGACIÓN DE ANTECEDENTES
 BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE (BID)**

Se requiere completar este formulario bajo las disposiciones de los Chapters 48.685 and 50.065, Wis. Stats. La falta a cumplir podría resultar en la denegación o revocación de su licencia, certificación o registro; o se puede negar o cancelar su empleo o contrato. Para más información, consulte las instrucciones adjuntas (F-82064A) en la página 1. Proporcionar su número de Seguro Social es voluntario, sin embargo, su número de Seguro Social es uno de los únicos identificadores utilizados para prevenir comparaciones incorrectas.

ESCRIBA SUS RESPUESTAS EN LETRA DE MOLDE O A MAQUINA.

Marque la casilla que le corresponda.

- Empleado / Contratista (incluso solicitante nuevo) Miembro de familia / vive en el lugar – pero no es cliente
 Solicitante de licencia o certificación o registro (incluye continuación o renovación) Otro – especifique: _____

NOTA: Si usted es un propietario, operador, miembro de la junta, residente no cliente de una facilidad del Division of Quality Assurance (DQA), complete el formulario de Divulgación de Antecedentes adjunto (BID, F-82064), y el [Appendix, F-82069](#), y envíe ambos formularios a la dirección que se indica en las Instrucciones del Apéndice.

Nombre- (Nombre e Inicial)	Nombre – (Apellido)	Título del cargo (Complete sólo si usted es un posible empleado o contratista, o actual empleado o contratista.)		
Otros nombres que usted haya utilizado anteriormente (incluyendo nombre de soltera)		Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Femenina <input type="checkbox"/> Masculino	
Raza <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco		Número de Seguro Social		
Dirección de la casa		Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Negocio y Dirección del Empleador o Proveedor de Cuidado (Entidad)				

SECCIÓN A – ACCIONES, CRÍMENES Y OFENSAS QUE PUEDAN ACTUAR COMO PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN	SÍ	NO
1. ¿Hay algún cargo criminal pendiente en su contra o ha sido usted condenado por algún crimen en cualquier lugar, incluyendo tribunal federal, estatal, local, militar o de alguna tribu? ➤ Si responde Sí , anote cada crimen, cuando ocurrió o la fecha de la condena y la ciudad y estado donde está el tribunal. Puede que le pidan más información incluyendo una copia certificada de la sentencia de la condena, una copia del cargo criminal o cualquier otro documento relacionado al tribunal o policía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Un tribunal legal, le ha declarado (adjudicado) ser delincuente, cuando tenía 10 o más años de edad por crimen u ofensa? (NOTA: Respuesta a esta pregunta sólo se requiere para centros de guardería familiar y de grupo para niños y campamentos de día de niños). ➤ Si responde Sí , anote cuándo y dónde ocurrió cada crimen y el lugar del tribunal (ciudad y estado). Puede que le pidan más información incluyendo una copia certificada de petición de delincuencia, adjudicación de la delincuencia y otros documentos relacionados a la policía o al tribunal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted cometió abuso o descuido de niños? Debe responder si marca la casilla de abajo: <input type="checkbox"/> (Sólo empleadores y agencias reguladoras con derecho a obtener información según la sec. 48.981(7) tienen autorización para marcar esta casilla, y deben hacerlo.) ➤ Si responde Sí , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre – (Apellido) _____

SECCIÓN A – ACCIONES, CRÍMENES Y OFENSAS QUE PUEDAN ACTUAR COMO PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN	SÍ	NO
4. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted cometió abuso o descuido de alguna persona o cliente? ➤ Si responde Sí , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted hizo mal uso (tomó o usó sin permiso) algo de la propiedad de una persona o cliente) ➤ Si responde Sí , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha determinado alguna agencia de gobierno o reguladora (que no sea la policía) que usted abusó de una persona mayor ? ➤ Si responde Sí , explique cuándo y dónde ocurrió el evento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene usted algún credencial del gobierno que esté vencido o que tenga limitaciones y limita el cuidado que usted puede proporcionar a los clientes? ➤ Si responde Sí , explique, incluyendo nombre del credencial, limitaciones o restricciones y el período.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECCIÓN B – OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA	SÍ	NO
1. ¿Alguna agencia de gobierno o reguladora ha limitado, negado o revocado alguna vez su licencia, certificación o registro para proporcionar cuidado, tratamiento o servicios educacionales? ➤ Si responde Sí , explique cuándo y dónde sucedió el evento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Alguna agencia de gobierno o reguladora ha negado su permiso o restringido su posibilidad de vivir en el local de la institución que proporciona algún tipo de cuidado? ➤ Si responde Sí , explique la razón y cuándo y dónde ocurrió el evento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Lo han despedido de alguna rama del US Armed Forces (Fuerzas Armadas de los Estados Unidos), incluyendo la reserva? ➤ Si responde Sí , indique la fecha en que fue despedido: ➤ Adjunte una copia de su DD214 si fue despedido en los últimos 3 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha vivido usted fuera de Wisconsin en los últimos 3 años? ➤ Si responde Sí , anote cada estado y las fechas en que vivió ahí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Le han revisado sus antecedentes de proveedor de cuidado en los últimos 4 años? ➤ Si responde Sí , anote la fecha de cada revisión, el nombre y la dirección y número de teléfono de la persona, institución o agencia de gobierno que condujo la revisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha pedido alguna vez una revisión de rehabilitación al Department of Health Services, un departamento del condado, agencia de colocación de niños, junta escolar o tribu designada del DHS? ➤ Si responde Sí , anote la fecha y el resultado de la revisión. Es posible que le pidan una copia de la decisión de la revisión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si responde "NO" a todas las preguntas, no se garantiza aprobación reguladora de empleo, residencia o contrato.

Nombre – (Apellido) _____

SECCIÓN B – OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA

SÍ

NO

Entiendo, bajo pena de ley, que la información proporcionada anteriormente es verídica y precisa de acuerdo con mi mejor saber y entender y que si proporciono información falsa o dejo de dar información puede resultar en una multa de hasta \$1,000.00 y otras sanciones según se disponga en el código DHS 12.05(4), Wis. Adm. Code.

FIRMA

Fecha de la firma