

**DIVULGACIÓN DE ANTECEDENTES (BID)
PARA EMPLEADOS Y CONTRATISTAS DE LA ENTIDAD
BACKGROUND INFORMATION DISCLOSURE (BID)
FOR ENTITY EMPLOYEES AND CONTRACTORS**

- **PENALIZACIÓN:** Una persona que proporcione información falsa en este formulario puede estar sujeta a decomiso y sanciones, según lo dispuesto en Wis. Stat. § 50.065(6)(c) y Wis. Admin Code § DHS 12.05(4).
- Wis. Stat § 50.065 y Wis. Admin Code ch. DHS 12 requieren que se complete este formulario para verificar su elegibilidad para el empleo/servicio como "cuidador". El no completar este formulario puede resultar en la denegación o terminación de su empleo, contrato o acuerdo de servicio.

Consulte el formulario F-82064A de DQA ([F-82064A, Instructions](#)), para obtener información adicional.

Marque la casilla que le corresponda.

- Solicitante / Empleado Estudiante / Voluntario
 Contratista Otro – Especifique:

NOTA: Este formulario NO debe ser utilizado por los solicitantes de la *aprobación del operador de la entidad* (licencia, certificación, registro u otra aprobación del DHS) o por las entidades que solicitan la aprobación de una persona para residir en las instalaciones de la entidad como *residente no cliente*. Los solicitantes de la *aprobación de operador de la entidad* o de una verificación de antecedentes de un *residente no cliente* deben solicitar una verificación de antecedentes de la entidad ([entity background check](#)) a la Division of Quality Assurance.

Nombre legal completo - <i>Nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
---------------------------------------	-----------------------	-----------------

Oros nombres (incluso antes de casarse)

Título del puesto (solicitado o existente)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--	-------------------------------------	---

Dirección de la casa	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	--------	--------	---------------

Nombre y dirección de la empresa - Empleador (Entidad)

Responder "NO" a todas las preguntas no garantiza el empleo, un contrato o un acuerdo de servicio.

Si necesita más espacio, adjunte documentación adicional a este formulario e indique "ver adjunto" en su respuesta.

SECCIÓN A – DIVULGACIÓN

1. ¿Tiene algún cargo penal pendiente en su contra, incluso en tribunales federales, estatales, locales, militares y tribales?
En caso **afirmativo**, indique cada cargo penal, cuándo ocurrió o la fecha del cargo, y la ciudad y el estado donde se encuentra el tribunal. Sí No
Es posible que se le solicite información adicional, incluida una copia de la denuncia penal o cualquier otro documento judicial o policial pertinente.
2. ¿Alguna vez fue condenado por algún delito en cualquier lugar, incluso en tribunales federales, estatales, locales, militares y tribales?
En caso **afirmativo**, 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 de la sentencia de condena, una copia de la denuncia penal o cualquier otro documento judicial o policial relevante. Sí No
3. Tenga en cuenta que Wis. Stat. § 48.981, *Niños abusados o descuidados y niños por nacer abusados*, puede aplicarse a la información relacionada con los hallazgos de abuso y negligencia infantil.
¿Alguna vez alguna agencia gubernamental o reguladora (aparte de la policía) descubrió que usted cometió abuso o negligencia **infantil**? Sí No
Proporcione una explicación a continuación, incluyendo cuándo y dónde ocurrieron los incidentes.

- | | | | |
|----|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 4. | ¿Alguna vez alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) descubrió que usted abusó o descuidó a alguna persona o cliente ?
En caso afirmativo , explique, incluyendo cuándo y dónde sucedió. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 5. | ¿Alguna vez alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) descubrió que usted se apropió indebidamente (tomó o usó indebidamente) la propiedad de una persona o cliente?
En caso afirmativo , explique, incluyendo cuándo y dónde sucedió. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Alguna vez alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía) descubrió que usted abusó de una persona mayor ?
En caso afirmativo , explique, incluyendo cuándo y dónde sucedió.. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Tiene una credencial emitida por el gobierno que no está actualizada o está limitada para restringirle la atención a los clientes?
En caso afirmativo , explique, incluido el nombre de la credencial, las limitaciones o restricciones y el período de tiempo. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |

SECCIÓN B – OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA

- | | | | |
|----|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. | ¿Alguna vez alguna agencia gubernamental o reguladora ha limitado, denegado o revocado su licencia, certificación o registro para proporcionar atención, tratamiento o servicios educativosF-?
En caso afirmativo , explique, incluyendo cuándo y dónde sucedió. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Alguna vez alguna agencia gubernamental o reguladora le ha negado el permiso o ha restringido su capacidad para vivir en las instalaciones de un centro de atención?
En caso afirmativo , explique, incluyendo cuándo y dónde sucedió y la razón.. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Ha sido dado de baja de una rama de las Fuerzas Armadas de los EE. UU., incluido cualquier componente de reserva?
En caso afirmativo , indique el año de alta:
Adjunte una copia de su DD214, si fue dado de baja en los últimos tres (3) años. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 4. | ¿Ha residido fuera de Wisconsin en los últimos tres (3) años?
En caso afirmativo , enumere cada estado y las fechas en que residió allí. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 5. | Si está empleado o solicitando en el estado de Wisconsin, ¿ha residido fuera de Wisconsin en los últimos siete (7) años?
En caso afirmativo , enumere cada estado y las fechas en que residió allí. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 6. | ¿Se ha realizado una verificación de antecedentes del cuidador en los últimos cuatro (4) años?
En caso afirmativo , indique la fecha de cada cheque y el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona, la instalación o agencia gubernamental que realizó cada control. | Sí
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |
| 7. | ¿Ha solicitado alguna vez 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 el DHS?
En caso afirmativo , 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
<input type="checkbox"/> | No
<input type="checkbox"/> |

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 llena este formularioFecha de envío
