

Autorização da verificação de antecedentes

Background Check Authorization

CÓDIGO DE PROCESSAMENTO

SEÇÃO 1. INFORMAÇÕES DA ENTIDADE (PREENCHIDAS PELA EQUIPE DO DSHS, PELO PRESTADOR, PELO REQUERENTE, PELO TITULAR DE LICENÇA E/OU CONTRATANTE)			
1A. ENTIDADE QUE SOLICITOU A VERIFICAÇÃO DE ANTECEDENTES		1B. ENDEREÇO COMPLETO DA ENTIDADE LISTADA NA CAIXA 1A	
		1C. NOME DA ENTIDADE SECUNDARIA	
2. OBRIGATÓRIO: NOME E ASSINATURA DA PESSOA QUE SOLICITOU A VERIFICAÇÃO DE ANTECEDENTES			
NOME EM LETRA DE FORMA:		ASSINATURA:	
3. OBRIGATÓRIO SOMENTE PARA EMPREGO ESTATAL DO DSHS			
NÚMERO DA POSIÇÃO DO DSHS _____ (NÃO ESCREVER CASO NÃO SE APLIQUE) CLASSIFICAÇÃO DE EMPREGO DO DSHS: _____			
NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO PESSOAL: _____			
<input type="checkbox"/> Designação permanente <input type="checkbox"/> Designação não permanente <input type="checkbox"/> Trabalhador estudante/estágio <input type="checkbox"/> Voluntário <input type="checkbox"/> Interino			
4. OBRIGATÓRIO: NÚMERO DA CONTA BCCU		5. NOME OU NÚMERO DE ID DO DSHS	
SEÇÃO 2. ESTA SEÇÃO APENAS SE DESTINA A INFORMAÇÕES DO REQUERENTE (A PESSOA QUE SERÁ VERIFICADA É O REQUERENTE)			
6. NÚMERO DE SEGURANÇA SOCIAL		7. OBRIGATÓRIO: DATA DE NASCIMENTO (MM/DD/AAAA)	
		8. ESCREVER SEU ENDEREÇO DE E-MAIL	
9. OBRIGATÓRIO: ESCREVER SEU NOME TAL COMO CONSTA DE SUA CARTEIRA DE MOTORISTA OU OUTRA IDENTIFICAÇÃO FOTOGRÁFICA. ESCREVER N/A NA CAIXA SE NÃO TIVER			
PRIMEIRO NOME:		NOME DO MEIO:	APELLIDO:
10. OBRIGATÓRIO: ESCREVER TODOS OS RESTANTES PRIMEIROS NOMES, NOMES DO MEIO E APELIDOS QUE VOCÊ TENHA USADO. ESCREVER N/A NA CAIXA SE NÃO TIVER NENHUM			
PRIMEIRO NOME:		NOME DO MEIO:	APELLIDO:
OBRIGATÓRIO: QUESTÕES DE DIVULGAÇÃO PRÓPRIA CONSULTE AS INSTRUÇÕES.			
Você deve responder às questões 11A a 14. Anexe qualquer folha de papel adicional se precisar indicar crimes adicionais ou acusações pendentes.			
11A. Você foi condenado por algum crime? Se a resposta for afirmativa, preencha os espaços abaixo..... <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
_____		Grau: _____ Estado: _____ Data da condenação: ____/____/____	
11B. Você tem acusações (pendentes) contra você por algum crime? Se a resposta for afirmativa, preencha os espaços abaixo..... <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
_____		Grau: _____ Estado: _____	
12. Um tribunal ou agência estatal alguma vez lhe emitiu uma ordem ou outra notificação final indicando que você abusou sexualmente, abusou fisicamente, negligenciou, abandonou ou explorou um menor, jovem ou adulto vulnerável? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
13. Uma agência governamental alguma vez lhe recusou, rescindiu ou revogou um contrato ou licença por falta de cuidados a menores, jovens ou adultos vulneráveis ou você alguma vez desistiu de seu contrato ou licença por que uma agência governamental tomou medidas contra você por falta de cuidados a menores, jovens ou adultos vulneráveis?..... <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
14. Um tribunal alguma vez decretou alguns dos seguintes contra você por abuso, abuso sexual, negligência, abandono, violência doméstica, exploração ou exploração financeira de um adulto vulnerável, jovem ou menor? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<ul style="list-style-type: none"> • Ordem de proteção permanente*/ordem de restrição, ativa ou expirada, em relação a um adulto vulnerável, ao abrigo de RCW 74.34. • Ordem de proteção por agressão sexual, ao abrigo de RCW 7.90. • Ordem de proteção anti-assédio civil permanente*, ativa ou expirada, ao abrigo de RCW 10.14. 			
15. OBRIGATÓRIO: INDICAR O NÚMERO DE SUA CARTEIRA DE MOTORISTA OU IDENTIFICAÇÃO ESTATAL (NÃO ESCREVER CASO NÃO SE APLIQUE)		OBRIGATÓRIO: ESCREVER O NOME DO ESTADO QUE CONSTA DE SUA CARTEIRA DE MOTORISTA OU ID	
16. OBRIGATÓRIO			
Você alguma vez residiu em algum estado ou país sem ser o estado de Washington nos últimos três anos (36 meses)? _____ Anos/ _____ Meses			
17. A. OBRIGATÓRIO: INDICAR SEU ENDEREÇO POSTAL PARA ONDE PODEMOS ENVIAR INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS			
N.º do APT.		CIDADE	ESTADO CEP
B. OBRIGATÓRIO: INDICAR O ENDEREÇO RESIDENCIAL ONDE RESIDE ATUALMENTE (ESCREVER "IGUAL" SE O ENDEREÇO RESIDENCIAL FOR IGUAL AO SEU ENDEREÇO POSTAL)			
N.º do APT.		CIDADE	ESTADO CEP
C. OBRIGATÓRIO: FORNECER O INDICATIVO DE ZONA E O NÚMERO DE TELEFONE DIURNO PARA O QUAL PODEMOS LIGAR			
18. Sou a pessoa indicada acima. Se eu não disser toda a verdade neste formulário, compreendo que posso ser acusado de perjúrio e poderei não ter permissão para trabalhar com adultos vulneráveis, jovens ou menores. Compreendo e concordo que minha assinatura que consta da caixa 19 significa que:			
<ul style="list-style-type: none"> • Forneço permissão ao DSHS para verificar meus antecedentes junto de qualquer entidade governamental e agência de aplicação da lei. • O resultado de minha verificação de antecedentes pode incluir informações anteriormente divulgadas por mim e resultados de impressão digital contidos no sistema de verificação de antecedentes do DSHS e que estas informações serão relatadas como permitidas pela lei federal e estatal. • Caso seja alcançada uma conclusão final, o DSHS apenas indicará meu nome e o fato de ter sido alcançada uma conclusão final no resultado da verificação de antecedentes. • O DSHS fornecerá o resultado de minha verificação de antecedentes às pessoas ou entidades indicadas na Seção 1 e poderá divulgar os resultados de minha verificação de antecedentes a outras pessoas ou entidades se a lei autorizar ou exigir que o DSHS o faça. São fornecidos registros de impressões digitais caso seja permitido pela lei federal ou estatal. • A entidade que solicitou esta verificação de antecedentes deve enviar este formulário à unidade central de verificação de antecedentes no prazo exigido pelo programa de fiscalização do DSHS. 			
19. OBRIGATÓRIO: SUA ASSINATURA. A ASSINATURA DE SEU PAI/MÃE OU RESPONSÁVEL SE VOCÊ TIVER MENOS DE 18 ANOS.		20. OBRIGATÓRIO: DATA ATUAL (MM/DD/AAAA)	
USO DO PROGRAMA - SEGUIR AS INSTRUÇÕES FORNECIDAS POR SEU PROGRAMA DE FISCALIZAÇÃO DO DSHS			

Instruções para preencher a autorização de verificação de antecedentes
DSHS 09-653

Estas instruções fornecem indicações gerais para preencher o formulário de autorização da verificação de antecedentes. Este formulário é usado por vários programas do DSHS para atender várias necessidades relativas a verificações de antecedentes. **O programa de fiscalização do DSHS que exige a verificação de antecedentes poderá ter instruções adicionais que você deverá seguir.**

A unidade central de verificação de antecedentes (Background Check Central Unit, BCCU) **não pode** realizar a verificação de antecedentes a menos que todas as caixas obrigatórias estejam preenchidas. As caixas obrigatórias estão indicadas com a palavra **OBRIGATÓRIO**: ao lado do número da caixa, conforme ilustrado no exemplo abaixo:

4. OBRIGATÓRIO: NÚMERO DA CONTA BCCU

IMPORTANTE: Se você não fornecer todas as informações necessária, sua verificação de antecedentes será adiada.

AVISO PARA AS ENTIDADES E EQUIPE DO DSHS: Apenas enviar este formulário de autorização uma vez. Várias submissões do mesmo formulário de autorização provocam atrasos no processamento das verificações de antecedentes.

CÓDIGO DE PROCESSAMENTO: Se você usar um código de processamento prioritário ou com a indicação "Impressão digital necessária", insira-o nesta caixa. Os códigos de processamento prioritários incluem nova contratação, contrato inicial, licença inicial, celeridade aprovada, proteção comunitária e funcionário público do DSHS.

SEÇÃO 1: A SER PREENCHIDA PELA ENTIDADE QUE SOLICITOU A VERIFICAÇÃO DE ANTECEDENTES

Esta seção deve ser preenchida pela **entidade** que solicitou a verificação de antecedentes. As entidades são frequentemente programas do DSHS, autoridades de contratação e prestadores externos que enviam pedidos de verificação de antecedentes à unidade central de verificação de antecedentes.

N.º da caixa Instruções

- 1A Insira o nome da entidade que solicitou a verificação de antecedentes.
- 1B Insira o endereço completo da entidade listada na caixa 1A.
- 1C Insira o nome da entidade secundária associada à verificação de antecedentes. Uma entidade secundária pode ser uma contratante, subcontratante ou outra entidade associada a esta verificação de antecedentes. Seu programa de fiscalização fornecerá instruções sobre como usar esta caixa.
- 2 Forneça o nome em letra de forma e a assinatura da pessoa que solicitou a verificação de antecedentes. Esta pessoa é aquela que está enviando a verificação de antecedentes em nome da entidade listada na caixa 1A.
- 3 Preencha esta caixa **SOMENTE** se a verificação de antecedentes for para fins de emprego do DSHS. Prestadores externos **não** devem preencher esta caixa.
- 4 Insira o número de sua conta BCCU nesta caixa. Pode encontrar o número de sua conta BCCU em <http://www.dshs.wa.gov/fsa/bccu/account-numbers>. Os números de contas de emprego estatal do DSHS estão disponíveis na página Web da Intranet da BCCU.
- 5 Inserir o nome ou número de ID do DSHS caso seja exigido por seu programa de fiscalização do DSHS.

SEÇÃO 2: A SER PREENCHIDA PELO REQUERENTE

Esta seção deve ser preenchida pelo **requerente**. O requerente é a pessoa cujos antecedentes estão sendo verificados. Exceto conforme indicado nestas instruções, a equipe do DSHS não deve preencher a Seção 2 pelo requerente. Observação: A equipe do programa Serviços de Proteção ao Adulto (Adult Protective Services) pode preencher as informações do requerente no caso de uma verificação de antecedentes de investigação do APS.

N.º da caixa Instruções

- 6 Você pode optar por fornecer seu número de segurança social. Seu número de segurança social ajuda a unidade central de verificação de antecedentes a associar seu nome e data de nascimento aos registros existentes em nosso banco de dados e pode acelerar a conclusão de sua verificação de antecedentes.
- 7 Escreva sua data de nascimento, indicando o mês, o dia e o ano.
- 8 Forneça um endereço de e-mail através do qual o possamos contatar.
- 9 Nome atual: Indique seu primeiro nome, nome do meio e apelido conforme indicado em sua carteira de motorista atual ou outra identificação fotográfica principal. (Veja o exemplo abaixo) Uma identificação fotográfica emitida pelo governo aceitável inclui qualquer ID emitida pelo governo local, estatal ou federal, ID militar dos EUA, passaporte dos EUA ou estrangeiro ou ID tribal reconhecida a nível federal. Escreva **N/A** nos campos em que você não tem um nome a inserir.

9. OBRIGATÓRIO: ESCREVER SEU NOME TAL COMO CONSTA DE SUA CARTEIRA DE MOTORISTA OU OUTRA IDENTIFICAÇÃO FOTOGRAFICA. ESCREVER N/A NA CAIXA SE NÃO TIVER NENHUM NOME A INSERIR.

PRIMEIRO NOME: **Susan**

NOME DO MEIO: **Jane**

APELIDO: **Smith**

- 10 Outros nomes: Escreva todos os restantes primeiros nomes, nomes do meio ou apelidos que você tenha usado. Outros nomes incluem alcunhas, nomes de nascimento, nomes de solteira, etc. Se você não tiver usado outros primeiros nomes, nomes do meio ou apelidos, você deve inserir **N/A** na devida caixa. Não deixe nenhuma caixa em branco. (Veja os exemplos abaixo)

Exemplo 1 – insira duas alcunhas e um nome de solteira. Não foram usados outros nomes do meio.

10. OBRIGATÓRIO: ESCREVER TODOS OS RESTANTES PRIMEIROS NOMES, NOMES DO MEIO E APELIDOS QUE VOCÊ TENHA USADO. ESCREVER N/A NA CAIXA SE NÃO TIVER NENHUM NOME A INSERIR.

PRIMEIRO NOME: **Sue, Susie**

NOME DO MEIO: **N/A**

APELIDO: **Jones**

Exemplo 2 - insira N/A pois não foram usados outros primeiros nomes, nomes do meio ou apelidos.

10. **OBRIGATÓRIO:** ESCREVER TODOS OS RESTANTES PRIMEIROS NOMES, NOMES DO MEIO E APELIDOS QUE VOCÊ TENHA USADO. ESCREVER N/A NA CAIXA SE NÃO TIVER NENHUM NOME A INSERIR.

PRIMEIRO NOME: **N/A**

NOME DO MEIO: **N/A**

APELIDO: **N/A**

Consulte informações importantes sobre como responder às questões de divulgação própria seguindo a descrição que consta da caixa 20.

N.º da caixa Instruções

- 11A Você deve marcar **SIM** ou **NÃO**. Se você marcar **SIM**, você deve inserir o nome do crime, o grau (se aplicável), o estado e a data de condenação (MM/DD/AAAA). Se você precisar indicar condenações adicionais, anexe uma folha de papel separada ao formulário de autorização de verificação de antecedentes. Inclua seu nome e todas as informações necessárias indicadas acima.
- 11B Você deve marcar **SIM** ou **NÃO**. Se você marcar **SIM**, você deve inserir o nome da acusação pendente, o grau (se aplicável) e o estado. Se você precisar indicar acusações pendentes adicionais, anexe uma folha de papel separada ao formulário de autorização de verificação de antecedentes. Inclua seu nome e todas as informações necessárias indicadas acima.
- 12-14 Leia cada questão atentamente antes de responder. Você deve marcar SIM ou NÃO. ***Questão 14: Permanente significa que a ordem foi emitida após uma audiência ou por estipulação das partes.**
- 15 Insira o número de sua carteira de motorista ou ID emitido pelo estado e o estado onde foi emitido.
- 16 Se você residiu continuamente no estado de Washington sem ter residido em qualquer outro estado ou país nos últimos três anos (36 meses), responda **NÃO**. Se você tiver residido em algum estado ou país sem ser o estado de Washington nos últimos três anos (36 meses), responda **SIM**.
- 17 17a - Indique seu endereço postal para o qual a BCCU pode enviar informações confidenciais, tal como uma cópia dos resultados de sua verificação de antecedentes.
17b – Insira seu endereço residencial caso seja diferente de seu endereço postal. Se seu endereço residencial e endereço postal forem iguais, insira **IGUAL**.
17c – Insira o número de telefone diurno para o qual podemos ligar.
18. Leia as afirmações que constam da caixa 18. Sua assinatura que consta da caixa 19 significa que você leu, compreendeu e concorda com as afirmações indicadas na caixa 18.
19. Forneça sua assinatura conforme indicado na caixa 19. Se você tiver menos de 18 anos, seu pai/mãe ou responsável deve assinar por você.
20. Insira o mês/dia/ano (MM/DD/AAAA) que colocou na caixa 19.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE COMO RESPONDER ÀS QUESTÕES DE DIVULGAÇÃO PRÓPRIA: Suas respostas às questões de divulgação própria tornam-se parte de seu histórico de verificação de antecedentes e são armazenadas no banco de dados do DSHS. As divulgações próprias são relatadas como parte do resultado de sua verificação de antecedentes tal como qualquer outro histórico de verificação de antecedentes que recebemos. É importante que suas respostas às questões de divulgação própria sejam precisas e consistentes. Recomenda-se vivamente que você responda às questões de divulgação própria da mesma forma sempre que preencher o formulário de autorização de verificação de antecedentes, a menos que as questões tenham mudado ou que a resposta anterior esteja incorreta. Também se recomenda que você consulte os documentos de acusação, registros do tribunal ou outros documentos oficiais e que indique condenações criminais, acusações pendentes, datas e outras informações exatamente como constam destes documentos.

Se você tiver alguma questão sobre o processo de verificação de antecedentes da unidade central de verificação de antecedentes, contate a BCCU pelo e-mail bccuinquiry@dshs.wa.gov ou pelo número de telefone 360-902-7555.