

Instrucciones para Completar el Formulario de Verificación de Datos del Registro Central de Abuso y Maltrato Infantil del Estado de Nueva York - LDSS-3370 (Versión de DCCS)

TODA la información en el formulario **LDSS-3370-S** (versión DCCS) debe leerse con facilidad de manera que el ingreso de datos y los resultados sean acertados. Cada formulario **LDSS-3370** de *Verificación de Datos del Registro Central del Estado (Statewide Central Register Database Check-SCR)* que se haya presentado debe ser revisada para asegurar su integridad y legibilidad por el coordinador(a) del programa o de la agencia. Si el formulario es incompleto o ilegible, se devolverá a la agencia para que sea corregido.

LA MANERA APROPIADA DE COMPLETAR EL FORMULARIO:

INFORMACIÓN DE LA AGENCIA

PRIMERA LÍNEA DEL FORMULARIO

- Los tres dígitos del código de la agencia deben ser colocados en la casilla izquierda, seguidos de la Identificación (ID) del Recurso (*Resource ID*, RID) en la casilla siguiente a la derecha. (Contacte a la agencia encargada de otorgar licencias si hay preguntas sobre esto).
- Los proveedores de cuidado diurno deben colocar su número del Sistema de Establecimientos de Cuidado Infantil (*Child Care Facility System-CCFS*) en la casilla siguiente a la Identificación del Recurso (RID), en vez del número de RID. (Contacte a la agencia encargada de otorgar licencias/oficina regional si tiene preguntas sobre esto).
- El código de letras de la Categoría de Autorización (*vea el reverso del formulario LDSS-3370, versión DCCS*) debe ser colocado en la casilla del medio.
- El número de teléfono (con prefijo) facilita que el SCR contacte al coordinador(a) de la agencia si es necesario.
- La casilla de RID es solo para el uso del SCR.

ÁREA PARA LA DIRECCIÓN DE LA AGENCIA

- Nombre de la Agencia: Por favor use el nombre completo, sin abreviaturas.
- Coordinador de la Agencia es la persona de contacto en la agencia que está haciendo la investigación. (La respuesta del SCR se dirigirá al coordinador.) **El coordinador no puede ser el solicitante o un familiar del solicitante.**
- Dirección de la Agencia: **Debe** incluir la calle y la ciudad.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

AREA DEL SOLICITANTE/MIEMBRO DEL HOGAR

TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, ADULTOS Y NIÑOS, YA SEAN CON PARENTESCO AL SOLICITANTE O NO, TIENEN QUE SER LISTADOS EN ESTA PARTE DEL FORMULARIO.

Recuerde de **escribir claramente** o **usando una computadora** toda la información para asistir en la obtención de una respuesta acertada. Indique todos los nombres empezando con el apellido, seguido del primer nombre y luego el nombre medio.

- Primera línea: Nombre del solicitante. Si hay más que un solicitante, indique los nombres adicionales en las líneas debajo de la línea del nombre de soltero(a).
- Segunda línea: Cualquier nombre de soltero(a), nombres de casada(o), o alias por lo(s) que el solicitante es conocido(a). Use líneas adicionales si hay más de un nombre/nombre de casada(o) o alias que deben listarse.
- Líneas restantes: Nombres de todos los otros miembros del hogar (Adjunte una página adicional si es necesario).

SI NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, MARQUE LA CASILLA QUE INDICA QUE NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR.

- Primera columna: Indique el parentesco con el solicitante de cada persona indicada (esposo(a), hijo(a), madre, padre, amigo(a), etc.).
- Columna del género M/F: Indique ya sea M (Masculino) o F (Femenino) para cada persona listada.
- Columna de la fecha de nacimiento: Indique la fecha completa de nacimiento (mm/dd/aaaa) para cada persona enumerada en el formulario.

AREA DE LA DIRECCION:

- La información requerida varía dependiendo de la categoría (vea el reverso de este formulario para las categorías).
- Para Adopción, Cuidado de Crianza y Cuidado Diurno Familiar (o en ambiente familiar) o Cuidado Diurno Grupal, provea direcciones para el solicitante y cualquier miembro del hogar de 18 años de edad y más. Para Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento, provea direcciones para el solicitante y cualquier otro miembro de 18 o más años de edad, a menos que el miembro del hogar esté relacionado de alguna manera con todos los niños bajo cuidado. **Esta información debe cubrir los últimos 28 años.** Adjunte páginas suplementarias si es necesario, pero **no use** otro formulario LDSS-3370 (versión DCCS) para añadir información adicional. Asegúrese de asociar el historial de direcciones con individuos específicos (i.e., indique qué direcciones pertenecen o emparejan con qué miembros del hogar).
- Para todas las otras categorías, solo se necesita el historial de las direcciones del solicitante **por los últimos 28 años.**
- Direcciones completas son necesarias. Incluya el nombre de la calle, el número de la calle, apartamento y ciudad/pueblo/villa. **Los números de casillas postales no son aceptables.** Si el solicitante ha vivido afuera, indique el país y las fechas de residencia (mes[es]/año[s]).
- Si el solicitante ha pasado tiempo en servicio militar, indique los nombres de la(s) base(s) y su(s) localidad(es) con fechas (mes[es]/año[s]).
- **Asegúrese de que no haya periodos de tiempo sin explicación.**
- La línea superior es para la dirección actual. La dirección previa debe indicarse en la segunda línea hacia abajo, continuando en el reverso del formulario para los últimos 28 años. Engrape la página suplementaria al formulario si necesita más espacio, pero **no use** otra copia del formulario LDSS-3370 (versión DCCS) para esta información adicional.

AREA DE LA FIRMA:

- Las firmas son requeridas dependiendo de las categorías (vea el reverso del formulario para las categorías).
- Para Adopción, Cuidado de Crianza y Cuidado Diurno Familiar (o en ambiente familiar) o Cuidado Diurno Grupal, se necesitan firmas del solicitante y de cualquier miembro del hogar de 18 años de edad o más. Para Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento se necesitan firmas del solicitante y de cualquier otro miembro del hogar de 18 o más años de edad, a menos que el miembro del hogar esté relacionado de alguna manera con todos los niños bajo cuidado.
- Para todas las otras categorías solo la firma del solicitante es requerida.
- Todas las firmas deben corresponder con los nombres indicados en el área del Solicitante/Miembro del Hogar. Por ejemplo; Mary Smith no debería firmar Mary Ann Smith. Victoria Smith no debería firmar Vicki.
- Los solicitantes deben firmar en las casillas marcadas Firma del Solicitante; los miembros del hogar de 18 años de edad o más que no son solicitantes **deben** firmar en la(s) casilla(s) en la parte más inferior de la página marcada Firma.
- Todas las firmas deben ser fechadas (mm/dd/aaaa). **El SCR no aceptará un formulario con una fecha de la firma de más de seis meses.**

Si tiene preguntas acerca de cómo completar este formulario, **por favor llame al SCR al 518-474-5297.**

ENVÍE SU FORMULARIO LDSS-3370 (VERSIÓN DCCS) A LA PERSONA INDICADA EN EL FORMULARIO OCFS-6000. INCLUYA LA CUOTA REQUERIDA PARA CADA SOLICITANTE DE EMPLEO PARA SER UN PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.

PARA ORDERNAR EL FORMULARIO LDSS-3370-S (Versión DCCS):

Por favor obtenga acceso al formulario **OCFS-4627, Request for Forms and Publications (Solicitud de Formularios y Publicaciones)**, del intranet: http://ocfs.state.nyenet/admin/forms/Management_Services/ o del Internet: http://ocfs.ny.gov/main/documents/forms_keyword.asp, y envíe el formulario **OCFS-4627** debidamente completado a la: **NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES, FORMS AND PUBLICATIONS UNIT, 52 WASHINGTON ST., ROOM 116 SOUTH, RENSSELAER, NY 12144.**

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
VERIFICACIÓN DE DATOS DEL REGISTRO CENTRAL DEL ESTADO
Uso de la Agencia Solamente

SÓLO PARA EL SCR

I.D. DE LA SOLICITUD:

DEBEN COMPLETARSE TODAS LAS AREAS. POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA O POR COMPUTADORA.

| | | | | |
|--|-----------------------|--|---|------------------------------------|
| CODIGO DE LA AGENCIA | I.D. DE RECURSO (RID) | NO. DEL SISTEMA DEL ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO INFANTIL (CCFS) | CATEGORÍA (Use códigos alpha del reverso) | NO. DE TELÉFONO (Prefijo) () - |
| ESCRIBA ABAJO LA DIRECCIÓN ASOCIADA CON SU NÚMERO RID/CCFS: | | | <p>Las clasificaciones particulares de las personas que deben o pueden ser examinadas se establecen en el reverso de este documento. Los códigos alpha para completar la casilla "Categoría" de arriba también se encuentran en el reverso de este formulario.</p> <p>PARA TODAS LAS CATEGORIAS: Complete lo siguiente para usted mismo(a), su esposa(o), sus hijos y cualquier otra persona que esté viviendo en su hogar en este momento: ASEGURESE DE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALIAS/CASADO QUE SE APLIQUEN. SI NINGUNA SE APLICA, INDIQUE "NINGUNA". Indique la RELACIÓN en los campos de abajo (<i>vea el reverso para instrucciones</i>). Adjunte páginas adicionales si es necesario.</p> | |
| NOMBRE DE AGENCIA: | | | | |
| COORD. DE AGENCIA | | | | |
| DIRECCION: | | | | |
| CIUDAD: | ESTADO: | ZONA POSTAL: | | |

El propósito de coleccionar datos demográficos de *otras personas en su hogar* que no son evaluadas de acuerdo con la Sección 424-a de la Ley de Servicios Sociales es permitir que la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York identifique con la mayor exactitud posible si la(s) persona(s) que está(n) siendo evaluadas es/son el sujeto de un informe de abuso o maltrato infantil indicado. El uso de esta información de manera discriminatoria es contrario a la Ley de Derechos Humanos.

SOLICITANTE/MIEMBRO DEL HOGAR**FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRAS DE IMPRENTA O POR COMPUTADORA**
 SI NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, POR FAVOR MARQUE ESTA CASILLA.

| PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | APELLIDO | PRIMER NOMBRE | GÉNERO M/F | FECHA DE NACIMIENTO | | |
|--------------------------------------|----------|---------------|--|---------------------|-----|-----|
| | | | | Mes | Día | Año |
| SOLICITANTE | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALIAS/CASADO(A) | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |

Por favor provea su dirección actual y cualquier otra dirección en la que usted haya vivido por los últimos 28 años, incluyendo la calle, número de la calle, la ciudad y el estado. Para Adopción, Cuidado de Crianza, Cuidado Diurno Familiar (o en ambiente familiar) y Grupal y Cuidado Familiar Legalmente Exento también incluya el mismo historial de datos para miembros del hogar de 18 años de edad o más.

| DIRECCION RESIDENCIAL ACTUAL | APTO # | CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL | DE (mes/año) | A (mes/año) |
|------------------------------|--------|--------|--------|-------------|--------------|-------------|
| | | | | | / | / |
| DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA | APTO # | CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL | DE (mes/año) | A (mes/año) |
| | | | | | / | / |
| DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA | APTO # | CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL | DE (mes/año) | A (mes/año) |
| | | | | | / | / |
| DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA | APTO # | CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL | DE (mes/año) | A (mes/año) |
| | | | | | / | / |
| DIRECCION RESIDENCIAL PREVIA | APTO # | CIUDAD | ESTADO | ZONA POSTAL | DE (mes/año) | A (mes/año) |
| | | | | | / | / |

Afirmo que toda la información provista en este formulario es verdadera a mi mejor conocimiento. Yo entiendo que, si proveo declaraciones falsas conscientemente, tal acción puede ser motivo para la negación o despido de un empleo o negación o revocación de una licencia, certificado, permiso, registro o aprobación.

| | |
|-----------------------|--------------|
| FIRMA DEL SOLICITANTE | FECHA / / |
|-----------------------|--------------|

| | |
|-----------------------|--------------|
| FIRMA DEL SOLICITANTE | FECHA / / |
|-----------------------|--------------|

DIECIOCHO AÑOS DE EDAD O MÁS:

Yo entiendo que como persona de 18 años de edad o más residiendo en el hogar de un solicitante para convertirse en un padre o madre adoptivo(a) o de crianza o un proveedor(a) de Cuidado Diurno Familiar o Cuidado Diurno Grupal o un proveedor de Cuidado Infantil Familiar Legalmente Exento, la información que he provisto será usada para solicitar información del Registro Central del Estado para determinar si soy el sujeto de un informe indicado de abuso o maltrato infantil.

| | |
|-------|--------------|
| FIRMA | FECHA / / |
|-------|--------------|

| | |
|-------|--------------|
| FIRMA | FECHA / / |
|-------|--------------|

INSTRUCCIONES PARA LOS COORDINADORES DE LAS AGENCIAS

Por favor verifique que cada formulario haya sido completado. Los formularios incompletos serán devueltos al que los envíe. Para ADOPCIÓN, CUIDADO DE CRIANZA y CUIDADO DIURNO FAMILIAR y GRUPAL, si el esposo y la esposa son solicitantes, ambos deben firmar. Las personas de 18 años de edad y mayores que residan en el hogar del solicitante para ADOPCIÓN, CUIDADO DE CRIANZA, y CUIDADO DIURNO FAMILIAR y GRUPAL también deben firmar el formulario.

CÓDIGO DE LA AGENCIA: Indique los tres dígitos del código de la agencia. **NOTA:** Los Centros de Cuidado Diurno, Cuidado Diurno Familiar y Grupal y Campos deben proveer el código de la agencia u oficina que emite su licencia o certificado. Verifique su código de tres dígitos Alpha o Alpha/Numérico con la agencia encargada de la licencia.

PROVEEDORES DE CUIDADO DIURNO: Debe colocar su número del Sistema de Establecimientos de Cuidado Infantil (*Child Care Facility System—CCFS*) en la casilla próxima al ID de Recurso (RID), en vez de la casilla del número de ID de Recurso (RID). (Si tiene preguntas, contacte a la agencia encargada de la licencia o a la oficina regional).

ID DE RECURSO (RID): Indique su ID de Recurso (RID) en este campo. Las agencias licenciadas y programas de OCFS, OMH, OMRDD, DOH, OASAS y SED y los departamentos de servicios sociales locales tienen RID desde septiembre de 2001. Verifique su RID con la agencia encargada de licencias. Si necesita ayuda, envíe un correo electrónico a: ocfs.sm.conn_app@ocfs.ny.gov

CATEGORÍAS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN: Indique la categoría apropiada.

| | |
|--|--|
| <p>A - Servicios para Adultos/Hogares para Adultos Tipo Familia</p> <p>CCE - Empleado actual de cuidado infantil</p> <p>CCZ - Voluntario/Consultor prospectivo de cuidado infantil</p> <p>CCS - Proveedor de bienes/servicios de cuidado infantil</p> <p>D - Empleado(a) prospectivo(a) (<i>distrito local del servicios sociales – facture contra el reembolso</i>)**</p> <p>F - Empleado prospectivo/nuevo, diferente a empleados de cuidado diurno (<i>Se requiere una cuota– vea abajo</i>)*.</p> <p>G - Este es un proveedor o empleado en cuidado infantil legalmente exento a domicilio. No se requiere verificación de datos cuando el proveedor es un pariente legalmente exento, solo para proveedores de cuidado infantil provisto a domicilio. (<i>Esta categoría solo la deben usar Agencias de Inscripción</i>). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>I - Este es un proveedor en cuidado infantil familiar legalmente exento. No se requiere verificación de datos cuando el proveedor es pariente legalmente exento (solo para proveedores de cuidado infantil familiar). (<i>Esta categoría solo la deben usar Agencias de Inscripción</i>). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. Para proveedores, incluya historial de direcciones para todos los miembros del hogar de 18 años o más que no tienen parentesco o relación de ningún tipo con todos los niños bajo cuidado.</p> <p>J - Miembro del hogar de 18 años o más (sin una función de cuidado infantil)</p> <p>L - Este es un director o empleado en cuidado diurno grupal legalmente exento. (<i>Esta categoría solo la deben usar Agencias de Inscripción</i>). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>M - Director de un campo de verano, campo nocturno, campo diurno o campo diurno de viaje</p> | <p>N - Solicitando una licencia para operar un centro de cuidado diurno. (Para ser presentada solo por una agencia autorizada, encargada de licencias). (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>P - Solicitando ser proveedor de cuidado diurno familiar (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. Provea historial de direcciones para todos los miembros de 18 años de edad o más.</p> <p>Q - Solicitando ser un proveedor de cuidado diurno grupal (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*. Provea historial de direcciones para todos los miembros de 18 años de edad o más.</p> <p>R - Solicitando para ser padres de crianza por parentesco.</p> <p>U - Maestro de Pre-Kinder Universal (<i>Se requiere una cuota – vea abajo</i>)*.</p> <p>W - Solicitando para ser padres de crianza o proveedores de cuidado infantil familiar.</p> <p>X - Solicitando para ser padres adoptivos de acuerdo a una solicitud pendiente ante una agencia que está llevando a cabo una investigación</p> <p>Y - Empleado prospectivo de <u>cuidado diurno</u> (<i>Se requiere una cuota– vea abajo</i>)*.</p> <p>- Solicitando ser asistente en cuidado diurno familiar grupal (<i>Se requiere una cuota– vea abajo</i>)*.</p> <p>- Empleado prospectivo de cuidado infantil familiar legalmente exento (<i>Se requiere una cuota– vea abajo</i>)*.</p> |
|--|--|

COORDINADOR(A) DE LA AGENCIA: Indique el nombre de la persona a quien debería enviarse la respuesta (*no puede ser la misma que el solicitante o relacionada al solicitante*).

INSTRUCCIONES PARA EL AREA DEL SOLICITANTE/MIEMBRO DEL HOGAR: Esta información será provista por el solicitante/ empleado(a)/proveedor(a). (*Vea el frente del formulario*).

SOLICITANTE(S): USE LA PRIMERA LÍNEA (por lo menos una persona debe ser designada).

NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALTERNATIVO/ALIAS: DEBE ser completado para cada solicitante. Indique **TODOS** los nombres usados previamente. Empiece con la segunda línea. Use cuantas líneas necesite (un apellido por línea).

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR: Describa el parentesco con el solicitante, i.e., hijo(a), padre, madre, amigo(a), etc. en las líneas que sobran. (ADJUNTE PÁGINAS ADICIONALES SI ES NECESARIO).

SI NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR, POR FAVOR MARQUE LA CASILLA QUE INDICA QUE NO HAY OTROS MIEMBROS DEL HOGAR.

*La Ley de Servicios Sociales 424-a requiere el cobro de una **cuota de \$25.00** para solicitantes de empleo y solicitantes para ser proveedores de cuidado infantil. Un cheque certificado, un giro postal o bancario, un cheque de caja o un cheque de una agencia pagables a "New York State Office of Children and Family Services" en la cantidad de veinticinco dólares debe acompañar al formulario. El cheque también debe incluir el nombre del solicitante y el código de la agencia.

N.B.: Un cheque por separado debe acompañar cada formulario.

**La Ley de Servicios Sociales 424-a permite que los departamentos de servicios sociales locales facturen contra su reembolso el cargo cobrado para seleccionar a empleados prospectivos.

Si tiene preguntas acerca de cómo completar este formulario, por favor llame al SCR al 518-474-5297.

ENVÍE SU FORMULARIO **LDSS-3370** (VERSIÓN DCCS) A LA PERSONA INDICADA EN EL FORMULARIO **OCFS-6000**. INCLUYA LA CUOTA REQUERIDA PARA **CADA SOLICITANTE** DE EMPLEO PARA SER UN PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL.

