



## Instrucciones para la Solicitud de verificación de antecedentes de emergencia de la Oficina de Cuidado Infantil

**Pasar la verificación de antecedentes de emergencia permite a las personas que no estén inscritos en el Registro Central de Antecedentes Penales trabajar en una instalación de cuidado de niños durante un estado de emergencia declarado por el gobernador.**

### Requisitos:

Usted debe pasar la verificación de antecedentes de emergencia de la Oficina de Cuidado Infantil, si tiene 18 años o más y:

- Es propietario, operador, empleado o voluntario de un programa aprobado para operar una instalación de cuidado infantil de emergencia o está asistiendo en una instalación de cuidado infantil con licencia o sustituyendo a un proveedor de cuidado infantil familiar registrado.

**NOTA:** Su verificación de antecedentes de emergencia aprobada por la Oficina de Cuidado Infantil solo es válida durante la duración de la emergencia. La Oficina de Cuidado Infantil puede suspender o eliminar su aprobación antes del final de la emergencia.

Vencimiento significa que no podrá continuar trabajando en un centro de cuidado infantil con licencia de la Oficina de Cuidado Infantil hasta que esté inscrito en el Registro Central de Antecedentes Penales de la Oficina de Cuidado Infantil. Esto requerirá que presente una nueva solicitud de inscripción en el Registro Central de Antecedentes Penales de la Oficina de Cuidado Infantil.

**IMPORTANTE:** La Verificación de antecedentes de emergencia de la Oficina de Cuidado Infantil no es lo mismo que el Registro central de antecedentes penales de OCC y pasar esta verificación no lo inscribe en el Registro central de antecedentes penales.

### Lista de verificación de la solicitud:

Antes de enviar su solicitud de verificación de antecedentes de emergencia de la Oficina de Cuidado Infantil a la OCC, complete la siguiente lista de verificación: Por favor, retire la hoja de instrucciones de la solicitud antes de enviar el formulario a la OCC.

#### La presentación de una solicitud incompleta, retrasará el trámite.

- Formulario EBC-601 *Solicitud para la verificación de antecedentes de emergencia de la Oficina de Cuidado Infantil* completado y firmado.
- Formulario CO - 512 Declaración sin número de seguro social (si corresponde)
- Explicación por escrito y documentación para la respuesta a la Sección 4: Sección de la Información de Antecedentes de la solicitud (si corresponde)
  - Envíe la solicitud por correo electrónico a [OCC.CustomerService@state.or.us](mailto:OCC.CustomerService@state.or.us)
  - Envíe la solicitud por fax al (503) 947-1428
  - Envíe la solicitud por correo postal con la firma original a:  
**Office of Child Care**  
**700 Summer St. NE Suite 350**  
**Salem, OR 97301**

### VEA LAS INSTRUCCIONES - "Cómo completar el formulario EBC-601 Solicitud de verificación de antecedentes de emergencia de la Oficina de Cuidado Infantil"

Si tiene preguntas, llame a la Oficina Central de la Oficina de Cuidado Infantil al 503-947-1400 o al 1-800-556-6616, o De la Oficina de Cuidado Infantil que tenemos en [www.oregonearlylearning.com](http://www.oregonearlylearning.com)

Para obtener más información.

## CÓMO COMPLETAR EL FORMULARIO EBC-601 SOLICITUD DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES DE EMERGENCIA DE LA OFICINA DE CUIDADO INFANTIL

Revise estas instrucciones a medida que llena cada sección. La solicitud se considera incompleta si falta cualquier información requerida. Una solicitud incompleta será devuelta y puede retrasar el tiempo del trámite.

### Sección 1: Información de la solicitud

Por favor, incluya toda la información correspondiente en la Sección 1 del formulario, incluyendo su Número de Seguro Social (SSN). Se requiere el SSN para procesar la solicitud. Si usted no tiene un SSN, por favor incluya un formulario CO-512 Declaración Sin Número de Seguro Social firmado con su aplicación. Este formulario está incluido como parte del paquete de la Solicitud de verificación de los antecedentes de emergencia y también se puede encontrar en la página web de la Oficina de Cuidado Infantil en [www.oregonearlylearning.com](http://www.oregonearlylearning.com), o llamando a la Oficina Central de la Oficina de Cuidado Infantil al 503-947-1400 o 1-800-556-6616 para solicitar que un formulario sea enviado por correo.

### Sección 2: Idioma

Selecciona solo un idioma. Si marca "otro", por favor especifique el idioma y / o dialecto. Sin embargo, tenga en cuenta que no todos los materiales impresos están disponibles en otros idiomas.

### Sección 3: Empleado, voluntariado o asociado

#### Sección 3A:

Si usted está actualmente empleado, voluntario o asociado con una instalación de cuidado infantil de **emergencia** o con licencia, marque "SÍ" a la pregunta número uno.

Ejemplos de Puesto y Relación: Propietario, Director Ejecutivo, Director, Director Suplente, Maestro Principal, Maestro, Maestro Suplente, Ayudante I, Ayudante II, Asistente I, Asistente II, Proveedor, Proveedor Suplente, Cónyuge / Pareja, Hija, Hijo, Voluntario, Otro adulto (por ejemplo, visitante)

#### Sección 3B:

Si usted está **buscando** ser empleado, voluntario, o estar asociado con una instalación de cuidado infantil de emergencia o con licencia, o una instalación que se proyecta a convertirse en un cuidado infantil de emergencia, marque "SÍ". Si usted no está buscando un empleo en una de estas instalaciones, marque "NO".

#### Sección 3C:

Si usted está dispuesto a compartir su nombre con las agencias de recursos y referencias que ayudan a conectar a los empleados potenciales con las instalaciones de cuidado infantil de emergencia y las instalaciones de cuidado infantil con Licencia que buscan empleados, marque "SÍ". Si no está dispuesto a compartir su nombre con las agencias de recursos y referencias que ayudan a conectar a los empleados potenciales con las instalaciones de cuidado infantil de emergencia y las instalaciones de cuidado infantil con licencia, marque "NO".

### Sección 4: Información sobre Antecedentes

Marque "SÍ" a la **pregunta número uno** si ha sido condenado por algún delito o falta en su pasado o ha cometido un delito siendo menor de edad.

Marque "SÍ" a la **pregunta número dos**, si usted ha sido arrestado o citado por un crimen que no ha sido resuelto, o si está en un programa de desvío, o si cometió un delito siendo menor de edad para el cual una disposición final aún no ha sido alcanzada.

Marque "SÍ" a la **pregunta número tres**, si ha sido parte de una investigación de abuso infantil o negligencia (el ser la persona obligada a informar el abuso o la víctima de la investigación no afectará esta pregunta).

Si usted contesta "SÍ" a las **preguntas uno, dos, o tres** por favor, lea cuidadosamente la sección "**IMPORTANTE**" en la solicitud para obtener más instrucciones.

### Sección 5: Declaración de privacidad y autorización

Para verificaciones de antecedentes de emergencia, las solicitudes pueden escanearse o fotografiarse para enviarlas por correo electrónico

**EBC**

## Solicitud para la Verificación de antecedentes de emergencia de la Oficina de Cuidado Infantil

**Sección 1: Información del solicitante**

Apellido		Primer nombre		Segundo Nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		SSN (obligatorio o llenar el formulario CO-512)		Otros nombres utilizados (alias)			
Dirección				Dirección de Correo (si es diferente, incluya ciudad, estado, código postal)			
Ciudad		Estado		Código postal		Condado de residencia	
Correo electrónico		Número de licencia de conducir		Estado emisor		Número de teléfono	

**Sección 2: Idioma preferido** **NOTA:** No todos los materiales de la Oficina de Cuidado Infantil están disponibles en otros idiomas

Inglés  Español  Vietnamita  Ruso  Chino  Otro: \_\_\_\_\_

**Sección 3: Empleado, voluntariado o asociado****Sección 3A:**

1) ¿Es usted empleado, voluntario, o está asociado con una instalación de cuidado infantil de **emergencia** o con licencia?  Sí  NO

**SI LA RESPUESTA ES «SÍ», COMPLETE ABAJO LA INFORMACIÓN SOBRE LA INSTALACIÓN SI LA RESPUESTA ES “NO”, VAYA A LA SECCIÓN 3B**

Nombre de la instalación \_\_\_\_\_ Dirección física \_\_\_\_\_  
 Número de Licenciaencia o ID de OCC \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Cargo o relación \_\_\_\_\_

**Sección 3B:**

¿Está usted buscando ser empleado, voluntario, o estar asociado con una instalación de cuidado infantil de **emergencia** o con licencia? (vea la Sección 3 de la hoja de instrucciones para obtener más información sobre cómo responder esta pregunta)  Sí  NO

**Sección 3C:**

Si se aprueba, ¿podemos pasar su nombre a las instalaciones de cuidado infantil de emergencia y a las instalaciones de cuidado infantil con licencia que buscan empleados?  Sí  NO

**Sección 4: Información de antecedentes**(use una página adicional si es necesario)

- 1) ¿Alguna vez ha sido condenado por algún delito (delitos menores o mayores) o ha cometido un delito siendo menor de edad?  Sí  NO
- 2) ¿Alguna vez ha sido arrestado o citado por un delito que no se ha resuelto, o está en un programa de desvío, o ha cometido un delito como menor con una disposición final aún no alcanzada?  Sí  NO
- 3) ¿Alguna vez ha sido parte de una investigación de abuso infantil o negligencia infantil?  No estoy seguro(a)  Sí  NO

**IMPORTANTE:** Si respondió “SI” a las preguntas uno, dos o tres, por favor enumere el/los incidente/s específico/s en un papel por separado. Describa las circunstancias que rodearon el incidente(s), incluidos los procedimientos jurídicos asociados o los resultados de la investigación, y una descripción de los cambios personales que haya implementado para abordar los problemas que ocasionaron el incidente(s). Debe indicar el AÑO y el ESTADO en el que ocurrió el incidente(s).

**Continúa en la parte posterior (firma y fecha requeridas)**

**PARA SER COMPLETADO POR EL REPRESENTANTE DE LA OFICINA DE CUIDADO INFANTIL**

	Fecha de ejecución / Iniciales	Pendiente	Fecha de aprobación / Iniciales	C&C: S N Iniciales de ingreso: Continuar Proceso S N Iniciales de	EBC No.:
CPS:				Fecha de aprobación:	
LEDS				Fecha en que no pasó:	
Corte OR		<input type="checkbox"/>			
NSOR		<input type="checkbox"/>			

**Sección 6: Declaración de privacidad y autorización**

He leído y entendido las instrucciones para completar este formulario. Autorizo a la Oficina de Cuidado Infantil a utilizar mi Número de Seguro Social como identificación para la verificación de antecedentes penales. Entiendo que la Oficina de Cuidado Infantil llevará a cabo una verificación de antecedentes penales y antecedentes de bienestar infantil. Autorizo a la Oficina de Cuidado Infantil a obtener información sobre mí de las agencias de aplicación de la ley, los tribunales, las agencias de servicios de protección infantil, los servicios de protección para adultos y las agencias de cuidado de crianza en Oregon y otros estados; Entiendo que si proporciono información falsa o incompleta, podría no ser abroado.

La Oficina de Cuidado Infantil tiene la autoridad de recopilar información de acuerdo con ORS 329A.030 y ORS 181A.195 para llevar a cabo la verificación de antecedentes penales. La información obtenida de la verificación de antecedentes penales se utiliza para tomar una decisión sobre su verificación de antecedentes. La información se mantiene de acuerdo con 181A.220, 192.365, 329A.030, Título 28, Código de la Estados Unidos, Sección 50.12, OAR (166-300-0015 Número de Programa: 2006-0017). Yo entiendo que la información que proporciono en las Secciones 3 y 4 de esta solicitud puede ser utilizada para verificar la información proporcionada a la Oficina de Cuidado de Niños, incluida la información proporcionada como parte de otras solicitudes.

Los resultados de las verificaciones de antecedentes penales pueden ser compartidos entre las agencias autorizadas de justicia penal y las agencias designadas. Se prohíbe toda otra divulgación secundaria de información de la verificación de antecedentes penales por parte de las agencias o el personal autorizado, a menos que esté expresamente permitido por el Estatuto Revisado de Oregon.

Entiendo que al pasar la Verificación de Antecedentes Penales de Emergencia de la Oficina de Cuidado Infantil seré inscrito automáticamente en el Registro en Línea de Oregon (ORO, por sus siglas en inglés), un sistema que administra los registros de capacitación y educación para los requisitos de licencias de cuidado infantil. Entiendo que mi información de contacto individual y la información educativa y de capacitación enviada a ORO pueden ser reveladas al personal autorizado de la Oficina de Cuidado Infantil, el Centro de Desarrollo Profesional de Oregon, el Departamento de Servicios Humanos, el Instituto de Investigación de la Enseñanza, la Red de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil de Oregon, 211 info, y los programas locales de recursos y referencias para el cuidado infantil.

**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_

Firma del solicitante

\_\_\_\_\_

Fecha

**Firma del Preparador (si corresponde)**

Yo he leído este formulario al solicitante. El solicitante me ha dicho que él / ella jura o afirma que toda la información proporcionada en este formulario es, y todos los anexos, verdadera y precisa y está de acuerdo con la declaración de privacidad y autorización del registro. Además, he sido testigo de cómo el solicitante firma o marca en el bloque de firma de este formulario.

\_\_\_\_\_

Firma del Preparador

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Agencia del preparador

\_\_\_\_\_

Número de teléfono



## Office of Child Care statement of No Social Security Number / declaración de No tener un Numero de Seguro Social

By signing below I certify that I have never been issued a Social Security Number by the United States Social Security Administration. If I am issued a Social Security Number in the future, I will be required to provide it at my next application for certification, registration or enrollment issuance or renewal.

I understand that knowingly supplying a false statement is a Class A misdemeanor. If I do so, I could be punished by imprisonment of up to one year and a fine of up to \$6,250.

Al firmar abajo, certifico que nunca ha sido emitido a nombre mío un Número de Seguro Social por la Administración de Seguro Social de los Estados Unidos. Si se emite un Número de Seguro Social a mi nombre en el futuro, tendré que proveerlo en mi próxima solicitud de certificación, registro, emisión o renovación.

Entiendo que proveer una declaración falsa con conocimiento es un delito menor de clase A. Si lo hago, podría ser castigado con encarcelamiento hasta de un año y una multa hasta de \$6,250.

\_\_\_\_\_  
Printed Name / Nombre con letra de molde

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha