

**PUESTO DE SERVICIO DIRECTO**

Usted ha solicitado un puesto que proporciona servicios directos a los menores o adultos vulnerables. Los Estatutos Revisados de Arizona ([ARS § 8-804.I](#)) requieren que usted certifique, bajo pena de perjurio, si una alegación de abuso o negligencia se hizo en su contra y fue corroborada. Si su certificación no indica una investigación actual o una denuncia corroborada de abuso o negligencia, su empleador puede permitirle que proporcione servicios directos pendiente los hallazgos de una Verificación de antecedentes del Registro Central, por parte de la División de Discapacidades del Desarrollo. Se le requiere a su empleador que mantenga este formulario y toda la información que proporcione como confidencial.

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_

NÚM. SEG. SOC. \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Alias (*p. ej., nombre de soltera, apodos*) \_\_\_\_\_Dirección (*Núm., Calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿es usted el sujeto de una investigación sobre abuso o negligencia de un menor en Arizona, otro estado o jurisdicción?    Sí    No

¿Ha sido usted el sujeto de una investigación sobre abuso o negligencia de un menor en Arizona, otro estado o jurisdicción que dio resultado de un hallazgo corroborado (*determinado que ha ocurrido*)?    Sí    No

Si contesto Sí, a la pregunta inmediatamente anterior:

¿Cuál fue la alegación(es)?

¿Cuándo se llevó a cabo la investigación(es)? \_\_\_\_\_

¿Dónde se llevó a cabo la investigación(es)? \_\_\_\_\_

Si usted desea proporcionar información adicional, vea el Suplemento para el Puesto de Servicio Directo.

**DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN**

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Empleadores: Mantenga este formulario como confidencial.**

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de ADA de la División de Incapacidades del Desarrollo al 602-542-0419; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English on-line or at the local office

**Explicación:**

Si en algún momento usted haya sido el sujeto de una investigación de abuso o negligencia de un menor en Arizona, otro estado o jurisdicción, que dio resultado en un hallazgo corroborado (determinado que ha ocurrido), puede proporcionar una explicación del incidente de abuso o negligencia de un menor. No incluya el nombre de ningún menor ni alguna persona involucrada en la investigación. Si se necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.