

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 § 8-804.1](#)) 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 • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el Centro de servicio de atención al cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo al 1-844-770-9500; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online 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.