NEW YORK STATE Office of Alcoholism and Substance Abuse Services	**ACREDITACIÓN** **Formulario de consentimiento del solicitante para la identificación mediante huellas digitales de verificación de antecedentes penales (Criminal Background Check, CBC) de la OASAS**	**Enviar formulario a:** **OASAS Credentialing Unit** **Fax: 518-485-2062** **Correo electrónico:** **credentialing@oasas.ny.gov**

Parte 1. Información del solicitante de acreditación (escriba en letra de molde)

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:
Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:	
Dirección del solicitante:		
Tipo de solicitud de acreditación: ☐ Inicial ☐ Renovación	Credencial solicitada: ☐ CASAC ☐ CPP/CPS ☐ Apuestas	

Parte 2. Ratificación

1. Me han notificado que, como parte del proceso de solicitud, la ley requiere que la Oficina de Servicios contra el Alcoholismo y el Abuso de Sustancias del New York State (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) solicite la verificación de antecedentes penales a la División de Servicios de Justicia Penal del New York State (NYS Division of Criminal Justice Services, DCJS) y al Oficina Federal de Investigaciones (Federal Bureau of Investigation, FBI) y autoriza a la OASAS a revisar y evaluar los resultados de la verificación de antecedentes penales recibida por la DCJS y el FBI. La condena por determinados delitos podría volverme inelegible para obtener acreditaciones.
2. Doy mi consentimiento para que tomen mis huellas digitales y las presenten a la DCJS y al FBI a los fines de realizar una verificación de antecedentes penales. Asimismo, doy mi consentimiento para que la OASAS revise la información de antecedentes penales del NYS y el FBI, si la hubiere, enviada por la DCJS, como parte de su investigación de antecedentes acerca de mi idoneidad para obtener acreditaciones o certificaciones como operador de una persona física.
3. Me han notificado que los procedimientos existen para que yo pueda obtener, revisar y, de ser necesario, pedir la corrección de mi información de antecedentes penales conforme a las regulaciones establecidas por la DCJS en el título 9 de Códigos, Normas y Reglas del New York State, parte 6050 [9 (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR [Part 6050]), y el FBI, según corresponda.
4. Me han notificado que tengo derecho a retirar mi solicitud de acreditación o certificación como operador de una persona física, sin perjuicio, en cualquier momento antes de que esta se otorgue o rechace, independientemente de que la OASAS haya revisado la información de antecedentes penales.
5. Me han notificado que la verificación de información de antecedentes penales enviada a la OASAS por parte de la DCJS y del FBI será confidencial conforme a las leyes, normas y regulaciones federales y estatales aplicables, y solamente se revelará a personas autorizadas por la ley. La información de antecedentes penales se considerará conforme al artículo 23-A (Article 23-A) de la Ley Correccional del New York State (NYS Correction Law) sobre la determinación de acreditaciones.
6. Afirmo que las huellas digitales presentadas son las mías y que la información que he proporcionado es verdadera, completa y precisa.
7. Certifico que a mi leal saber y entender: (marque lo que corresponda)

   ☐ he sido condenado por un delito en el New York State o cualquier otra jurisdicción.

   ☐ tengo cargos de arresto pendientes.

   Si marcó alguna de las opciones, proporcione detalles: _____

   _____
8. Me han notificado que mi número de seguro social será solicitado para que la OASAS pueda verificar si me encuentro en la Lista de Exclusión de Personal que forma parte del Registro Central de Personas Vulnerables (Vulnerable Persons' Central Registry, VPCR) y que el Artículo 495 de la Ley de Servicios Sociales (Social Services Law §495) requiere dicha verificación, que se realizará antes de la verificación de información de antecedentes penales. El título 14 de los Códigos, Normas y Reglas del New York State, parte 702 (14 NYCRR Part 702) permite la recopilación de números de seguro social para este fin, y el hecho de no proporcionar mi número de seguro social podría excluirme de ser elegible para obtener la credencial solicitada.

Firma del solicitante:		Fecha:

Parte 3: Información de persona autorizada de la OASAS (OASAS Authorized Person Information) (Solo para uso oficial) (For Office Use Only)

Name:		Title:
Signature:		