Jednostka OASAS ds. weryfikacji karalności, biuro doradcze (OASAS Criminal Background Check Unit, Counsel's Office) 1450 Western Avenue Albany NY 12203 Faks: 518-485-2335 Adres e-mail: cbc@oasas.ny.gov	**CERTYFIKACYJNY** **Formularz zgody wnioskodawcy na pobranie odcisków palców do celów sprawdzenia danych o karalności w OASAS (CBC)** **(Załącznik V)**	**STAN NOWY JORK** **BIURO USŁUG I WSPARCIA W ZAKRESIE UZALEŻNIEŃ** **(OFFICE OF ADDICTION SERVICES AND SUPPORTS)**

Część 1. Informacje dotyczące wnioskodawcy (wypełnić drukowanymi literami)

Nazwisko:	Imię:	Inicjał drugiego imienia:
Data urodzenia:	Numer ubezpieczenia społecznego:	
Adres wnioskodawcy:		
Rodzaj wniosku o certyfikację:		

Część 2. Oświadczenie

1. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że w ramach procesu składania wniosku prawo wymaga, aby Biuro ds. alkoholizmu i nadużywania substancji stanu Nowy Jork (NYS Office of Alcoholism and Substance Abuse Services, OASAS) zwróciło się o sprawdzenie mojej historii karalności do Wydziału ds. sądownictwa karnego stanu Nowy Jork (NYS Division of Criminal Justice Services, DCJS) i Federalnego Biura Śledczego (FBI) oraz upoważnia OASAS do przeglądu i oceny wyników sprawdzenia mojej historii karalności otrzymanych przez DCJS i FBI. Skazanie za pewne przestępstwa może spowodować, że nie będę mieć możliwości uzyskania certyfikacji.
2. Wyrażam zgodę na pobranie moich odcisków palców i przesłanie ich do DCJS i FBI w celu sprawdzenia informacji o karalności oraz wyrażam zgodę na udostępnienie przez OASAS wymienionej powyżej agencji świadczącej usługi informacji o karalności w stanie Nowy Jork, jeśli takie zostały zwrócone przez DCJS, w ramach sprawdzania mojej kwalifikowalności do uzyskania akredytacji lub certyfikacji do pracy lub wolontariatu.
3. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że istnieją procedury umożliwiające mi uzyskanie, sprawdzenie i, w razie potrzeby, skorygowanie informacji o mojej karalności zgodnie z przepisami ustanowionymi przez DCJS w 9 NYCRR Część 6050 oraz FBI, stosownie do sytuacji.
4. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że mam prawo wycofać swój wniosek o uzyskanie akredytacji lub certyfikacji do pracy lub wolontariatu bez uszczerbku, w dowolnym momencie przed uzyskaniem akredytacji lub certyfikacji do pracy lub wolontariatu, niezależnie od tego, czy upoważniony przedstawiciel OASAS zapoznał się z informacjami o mojej karalności.
5. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że wyniki weryfikacji informacji o karalności przekazane do OASAS przez DCJS i FBI są poufne zgodnie z obowiązującymi federalnymi i stanowymi przepisami, zasadami i regulacjami i mogą być ujawnione wyłącznie osobom upoważnionym na mocy prawa. Informacje o karalności będą brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o udzieleniu certyfikacji zgodnie z art. 23-A ustawy NYS Correction Law.
6. Oświadczam, że złożone odciski palców będą moimi własnymi odciskami, a podane przeze mnie informacje są prawdziwe, kompletne i dokładne.
7. Potwierdzam, zgodnie ze stanem mojej wiedzy, że (zaznaczyć właściwe)
   ☐ zostałem(-am) skazany(-a) za przestępstwo w stanie Nowy Jork lub w innej jurysdykcji.
   ☐ ciążą na mnie zarzuty i areszt.
   W przypadku zaznaczenia któregoś z powyższych pól prosimy o szczegółowy opis:_____
   _____
8. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że mój numer ubezpieczenia społecznego jest wymagany, aby dostawca usług OASAS mógł sprawdzić, czy znajduję się na Liście Wykluczonego Personelu, która jest prowadzona jako część Centralnego Rejestru Osób Zagrożonych, oraz że takie sprawdzenie jest wymagane na mocy ustawy o usługach społecznych (§495) i zostanie przeprowadzone przed sprawdzeniem informacji o karalności. Część 702 rozporządzenia 14 NYCRR przewiduje zbieranie numerów ubezpieczenia społecznego w tym celu, a niepodanie numeru ubezpieczenia społecznego może uniemożliwić rozpatrzenie mojego wniosku o wybraną certyfikację.

Podpis wnioskodawcy:		Data:

Część 3. Informacje dla osób upoważnionych przez OASAS (tylko do użytku urzędowego)

Imię i nazwisko:		Stanowisko:
Podpis:		