

PERMISO PARA QUE PERSONAS CON DERECHO DE RECIBIRLOS OBTENGAN
LOS RESULTADOS DE UNA INVESTIGACIÓN QUE SE HAGA SOBRE CIERTOS DATOS
QUE LES PUEDAN INTERESAR (CONSUMER REPORT)

LA DIÓCESIS DE YAKIMA

Nombre o Número de la Iglesia: _____

FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA

Aplicante: _____
Apellido Primero Nombre Segundo Nombre

Dirección Actual: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

De Licencia de Manejo: _____ Del Estado de: _____

Haga una lista de otros nombres usados y fechas en que se cambió el nombre en los últimos diez años: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ # de SS* ____/____/____ Sexo M F

*** Si usted no tiene # de SS, es OBLIGATORIO firmar la declaración al dorso.**

Haga una lista de todos los lugares en donde ha vivido en los últimos diez años:

Estado: ____ Ciudad: _____ Condado: _____ Años: ____ a ____
Estado: ____ Ciudad: _____ Condado: _____ Años: ____ a ____
Estado: ____ Ciudad: _____ Condado: _____ Años: ____ a ____
Estado: ____ Ciudad: _____ Condado: _____ Años: ____ a ____

¿Alguna vez ha sido declarado culpable por un crimen? _____ Si contesta "sí", dé los detalles: _____

AUTORIZACIÓN PARA UN CRIMINAL HISTORY REPORT

En conexión con mi aplicación o empleado actual, comprendo que un reporte de investigación puede ser solicitado y puede incluir información sobre mi expediente de la corte (tanto civil como criminal), mi expediente de conducir, credenciales de mi educación y profesión y referencias personales y profesionales. Esto puede provenir ya sea de fuentes públicas o privadas y puede incluir información sobre mi carácter, experiencia, hábitos de trabajo y razones de despido de previos empleadores. Comprendo que este documento puede ser archivado y puede ser usado a cualquier hora durante mi empleo para obtener un reporte de investigación. Comprendo también que yo puedo (1) solicitar por escrito el contenido del informe obtenido, y (2) solicitar un resumen escrito de mis derechos bajo el Fair Credit Reporting Act. Por lo tanto, estoy de acuerdo en que una copia fotográfica o un facsímile telefónico de este documento sea válido para todos los propósitos presentes y futuros. He leído, comprendo y estoy de acuerdo con lo que fue mencionado en este párrafo.

Firma: _____ Testigo: _____

Fecha: _____

Favor de indicar su ministerio – Si el ministerio paga más que \$20,000 del año márque también

Sacerdote Diácono Seminarista Maestro de la Escuela Empleado Voluntario

DECLARACIÓN DE SEGURO SOCIAL

No he dado un número de Seguro Social, porque no tengo un Seguro Social.

Declaro bajo pena de perjurio conforme las leyes del Estado de Washington que lo anterior es verdadero y correcto.

Firma _____

Fecha _____