

**Verificación Computarizada de Historia Criminal (CCH) - DPS
(COPIA DE LA AGENCIA)**

Yo, _____ he sido notificado que una verificación computarizada
NOMBRE de SOLICITANTE o EMPLEADO (Por favor use letra de imprenta)
de historia criminal (CCH) se realizará mediante acceso al sitio web seguro del Departamento de Seguridad Pública de Texas DPS y se basará en el nombre y fecha de nacimiento que yo proporcione.

Debido a que búsquedas basadas en la información de nombre no son búsquedas exactas y que sólo las búsquedas de registros de huellas digitales representan identificación verdadera para historia criminal, la entidad (agencia abajo listada) que realiza la verificación oficial de historia criminal no está autorizada para discutir ninguna información obtenida mediante este método; por esta razón, la agencia podrá ofrecer la oportunidad de que se realice una búsqueda de huellas digitales para que se aclaren incorrecciones de identificación resultantes de la búsqueda por nombre, en caso de que la búsqueda produzca un informe criminal que sé que no podría ser mío.

Para el procesamiento de huellas digitales, se me requerirá que presente un conjunto completo de mis huellas digitales para que sean analizadas por el sistema AFIS del Departamento de Seguridad Pública de Texas (sistema automatizado de identificación de huellas digitales). Estoy enterado que para completar este proceso, debo tener el formulario correcto para huellas digitales (FAST) de esta agencia, debo hacer una cita por Internet, enviar un grupo completo de mis huellas digitales, y hacer un pago de \$9.95 a la compañía de servicios de huellas digitales "LI Enrollment Services."

Cuando este proceso esté completo y la agencia reciba los datos de DPS, la información de mis huellas digitales podrá ser discutida conmigo.

(Esta copia debe permanecer en los archivos de su agencia. Es requerida para auditorías futuras por DPS)

Firma de Solicitante o Empleado

Fecha

Seguín ISD

Nombre de Agencia (Favor letra imprenta)

Anita Cisneros

Nombre de Representante de Agencia (Favor letra imprenta)

Firma de Representante de Agencia

Fecha

Por favor:

Marque/firme inicial en cada espacio aplicable

CCH Informe Impreso:

SÍ NO _____ inicial

Propósito de CCH: _____

Contratado No contratado

Fecha de Impresión: _____ inicial

Fecha de Destrucción: _____ inicial

Retenga en sus archivos

Seguin Independent School District

Permiso Adicional Para Voluntarios o Maestros Estudiantes

Año de escolar _____

Cada adulto que esté interesado en participar en funciones escolares tiene que llenar este formulario cada año escolar. Necesitamos su solicitud con tres días de anticipación.

Ejemplo: cada madre y cada padre de familia debe llenar un formulario separado.

Las normas y reglamentos del Distrito Escolar Independiente de Seguin requieren que se obtenga información acerca de todas las personas que deseen ofrecer sus servicios como voluntarios. Es obligatorio completar todas y cada una de las secciones de este formulario. No hacerlo puede ocasionar que la persona sea omitida de la lista de voluntarios.

Escriba Todos Sus Estudiantes Y Escuelas (Escribe en Letra de Molde)

Nombre de Estudiante(s)

Nombre de Escuela/Organizacion

Informacion Sobre el Voluntario: (Escribe en Letra de Molde)

Nombre:

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección:

Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha:

De Nacimiento Mes _____ Día _____ Año _____ Número De Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Hombre

Mujer

Trabajar con SISD:

Si

No

Numero de Identificación o Licencia De Manejar _____

Número de Seguro _____

Relación Con El/La Estudiante _____

Firma _____

Fecha _____

Uso Solamente Para la Oficina:

Campus Code: _____

Teacher/Room: _____

Human Resources Department Use Only:

Date Processed: _____

Status: _____

Date: _____

NO se permite que niños que no pertenecen a la clase acompañen a padres en excursiones fuera de la escuela

Revised: 05/15/2013