

Verificación Computarizada de DPS de Antecedentes Penales (CCH)

(COPIA PARA LA AGENCIA)

Yo, _____, declaro que se me ha informado que se realizará una verificación computarizada de antecedentes penales (CCH, por sus siglas en inglés), mediante acceso al Sitio Web Seguro del Departamento de Seguridad Pública de Texas (DPS por sus siglas en inglés), y que será basada en los datos que proporciono de nombre y fecha de nacimiento.

Ya que la información basada en nombres no permite una búsqueda precisa y solamente las búsquedas de los registros de huellas digitales representan una verdadera identificación para los antecedentes penales, no se permite que la organización (según aparece a continuación) que realiza la verificación de antecedentes penales explique ninguno de los datos que se obtiene por este método; por esto, la agencia podría ofrecer la oportunidad de realizar una búsqueda por huellas digitales a fin de aclarar cualquier mala identificación resultado de la búsqueda por nombre, en el caso de que dicha búsqueda arroje antecedentes penales que yo sé no me pueden corresponder.

Para el proceso de huellas digitales, se me requerirá presentar todas mis huellas digitales completas para análisis por el AFIS (por la sigla en inglés de sistema automatizado de identificación de huellas digitales) del Departamento de Seguridad Pública de Texas. Se me ha informado de que, para poder completar este proceso, debo contar con el formulario correcto de huellas digitales (FAST) de esta agencia, hacer una cita en Internet, presentar todas mis huellas digitales completas y pagar una cuota de \$9.95 a la empresa de servicios de huellas digitales, LI Enrollment Services.

Una vez que se ha completado este proceso y la agencia reciba los datos de DPS, pueden explicarme la información que aparece en mis antecedentes penales de huellas digitales.

(Este ejemplar deberá permanecer en los archivos de su agencia. Se requiere para auditorías futuras de DPS)

Firma del Solicitante o Empleado

Fecha

Comanche ISD
Nombre de la Agencia (favor usar letra de molde)

Lynda Warren
Nombre del Representante de Agencia (favor usar letra de molde)

Firma del Representante de Agencia

Fecha

Por favor: Señale y ponga las iniciales en cada espacio que se aplique	
Se ha imprimido el informe CCH:	
SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____ iniciales
Propósito del CCH: _____	
Contratado <input type="checkbox"/> No contratado <input type="checkbox"/>	_____ iniciales
Fecha de impresión: _____	_____ iniciales
Fecha destruida: _____	_____ iniciales
Guarde en sus archivos	