

State of Illinois  
Department of Children and Family Services

**BACKGROUND CHECK ROSTER**  
**REGISTRO DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES**

Date/Fecha: \_\_\_\_\_ Provider ID# / N° del proveedor: \_\_\_\_\_

Applicant/Facility Name: \_\_\_\_\_  
Nombre del solicitante/instalación

Facility Address: \_\_\_\_\_  
Domicilio de la instalación      No. and Street / N° y calle      City / Ciudad      Zip Code / Código postal

**Directions / Instrucciones:**

1. List all persons subject to a background check (13 years of age or older).  
Haga una lista de todas las personas sujetas a verificación de antecedentes (de 13 años de edad o mayores).
2. Attach a completed/signed Authorization for Background Check form for any person who has not previously undergone a background check.  
Adjunte un formulario de Autorización para verificación de antecedentes completo y firmado para cualquier persona que no se haya sometido previamente a tal verificación.

<b>NAME (Print Last Name First)</b> <b>NOMBRE (en imprenta, primero el apellido)</b>	<b>AGE</b> <b>EDAD</b>	<b>ROLE</b> <b>FUNCIÓN</b>	<b>SOCIAL SECURITY NUMBER</b> <b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL</b>

**Roles**

Licensee (L)      Employee (E)  
Substitute (S)      Household Member (HM)  
Assistant (A)      Foster Child (for dually licensed homes) (FC)

**Funciones**

Licenciado (L)      Empleado (E)  
Sustituto (S)      Integrante del hogar (HM)  
Asistente (A)      Niño bajo cuidado de crianza temporal (para hogares con doble licencia) (FC)

Licensing Representative: \_\_\_\_\_  
Representante de licenciamiento      (Print Name / Nombre en letra de imprenta)