

**UPOWAŻNIENIE DO WERYFIKACJI OSOBY do pracy w opiece dziennej**

NALEŻY ZAPOZNAĆ SIĘ Z INSTRUKCJAMI NA STRONIE 2 WSZYSTKIE INFORMACJE NA STRONIE 1 WPISYWAĆ DUŻYMI LITERAMI PODPISAĆ STRONĘ 1, 3 I 4.

ZAZNACZYĆ JEDNO POLE W KAŻDEJ KOLUMNIE W RZĘDZIE A lub B:			
	Kategoria placówki	Szczególny rodzaj wniosku	Osoba w domu/w placówce
1	A <b>Opieka dzienna w domu</b>	<input type="checkbox"/> Dom opieki dziennej <input type="checkbox"/> Dom grupowej opieki dziennej	<input type="checkbox"/> Wnioskodawca <input type="checkbox"/> Członek gospodarstwa domowego (od 13 roku życia) <input type="checkbox"/> Pracownik/wolontariusz (kategoria ta obejmuje członka gospodarstwa domowego poniżej 18 roku życia, który jest jednocześnie pracownikiem/wolontariuszem)
	B <b>Opieka dzienna/Placówka opieki nad dziećmi (inna niż dom)</b>	<input type="checkbox"/> Ośrodek opieki dziennej <input type="checkbox"/> Agencja opieki dziennej	<input type="checkbox"/> Wnioskodawca/Operator/Właściciel <input type="checkbox"/> Dyrektor wykonawczy/Dyrektor ośrodka opieki dziennej <input type="checkbox"/> Pracownik/wolontariusz

**INFORMACJE O OSOBIE (Proszę zapoznać się z dodatkowymi instrukcjami na stronie 2)**

Nazwisko/imię/inicjał drugiego imienia		Numer ubezpieczenia społecznego lub ITIN									
Nazwisko panieńskie i/lub inne imiona używane wcześniej (Nazwisko/imię/inicjał imienia)		_____ - _____ - _____									
AKTUALNY ADRES, TELEFON (jeśli dotyczy): Ulica/nr mieszkania: _____ Miejscowość: _____ Stan: ____		Czy w ciągu ostatnich 5 lat mieszkał/a Pan/i poza stanem Illinois? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak						Proszę wymienić wszystkie poprzednie adresy w ciągu ostatnich pięciu (5) lat, łącznie z tymi spoza stanu Illinois. (Ulica/nr mieszkania/miejscowość/stan/kod pocztowy)		Daty Od/do	
Kod pocztowy: _____ Kraj: _____											
Telefon domowy ( _____ ) _____ - _____											
Telefon komórkowy ( _____ ) _____ - _____											
Data urodzenia (Miesiąc/Dzień/Rok)	Wiek	Miejsce urodzenia (miasto i stan)	Obywatelstwo (Kraj)	Płeć	Wzrost Stopy Cale	Waga (funt)	Włosy (kolor)	Oczy (kolor)			
__ - __ - __			<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Inny (proszę podać) _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K							
Rasa (Zaznaczyć wszystkie pasujące)								Grupa etniczna (patrz kody na stronie 2)			
<input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Ameryki lub Alaski (Indianin lub Eskimos)		<input type="checkbox"/> Czarnoskóra/afroamerykańska		<input type="checkbox"/> Azjatycka		<input type="checkbox"/> Nie chcę się identyfikować					
Przynależność do plemienia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Rdzenny mieszkaniec Hawajów/Wysp Pacyfiku		<input type="checkbox"/> Biała <input type="checkbox"/> Nieznana		<input type="checkbox"/> Nie można zweryfikować					

**UPOWAŻNIENIE/OŚWIADCZENIE PONIŻEJ I NA STRONACH 2 I 3 MUSI BYĆ PODPISANE I OPATRZONE DATA**

3	Czy kiedykolwiek został/a Pan/i wskazany/a jako sprawca w dochodzeniu dotyczącym wykorzystywania/zaniechania dziecka?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Czy kiedykolwiek był/a Pan/i skazany/a za przestępstwa o charakterze kryminalnym, inne niż drobne wykroczenia drogowe?		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Potwierdzam, że przeczytałem/am i zrozumiałem/am pole Autoryzacja/Poświadczenie na odwołanie niniejszego formularza.			
Podpis _____		Data _____		
Podpis rodzica/opiekuna (jeśli dotyczy) _____		Data _____		

**DO WYPEŁNIENIA PRZEZ AGENCJĘ NADZORUJĄCĄ**

Niniejsze upoważnienie nie zostanie przetworzone bez wypełnienia tej sekcji. Przedstawiciel ds. wydawania licencji musi wypełnić następujące pola

4	Data pobrania odcisków palców: _____	Nazwa agencji nadzorującej: _____			
	Data rozpoczęcia okresu próbnego (Nowy kandydat/Pracownik w okresie próbnym): _____	Nr identyfikacyjny świadczeniodawcy _____ <b>Lub</b> Region/miejsce/obszar DCFS _____			
Imię i nazwisko świadczeniodawcy _____		Imię i nazwisko pracownika _____ Nr identyfikacyjny/numer telefonu pracownika _____			
Numer identyfikacyjny świadczeniodawcy: _____		Imię i nazwisko opiekuna _____ Nr identyfikacyjny/telefon opiekuna _____			
Adres placówki: _____					
Miejscowość _____ IL Kod pocztowy: _____					
5	WYNIKI WERYFIKACJI - TYLKO DO UŻYTKU WEWNĘTRZNEGO JEDNOSTKI WERYFIKUJĄCEJ		TYLKO DO UŻYTKU CENTRALNEGO BIURA LICENCJONOWANIA		
	Zaświadczenie o niekaralności za przestępstwa na tle seksualnym: _____		Nr SID _____ Niekarany/a _____ Karany/a _____		
	Zaświadczenie o niekaralności z CANTS: _____		Rejestracja w BC-03: _____		
	Zaświadczenie o niekaralności z Policji Stanu Illinois: _____		Wysłane przez FBI: _____		
	Zaświadczenie o niekaralności z FBI: _____				
Przeniesienie zaświadczeń o niekaralności: SO/CANTS: _____ ISP: _____					

**KTO POWINIEN KORZYSTAĆ Z TEGO FORMULARZA:** Niniejszy formularz musi wypełnić każda osoba w wieku 13 lat lub starsza w ramach wniosku o rozpoczęcie prowadzenia lub umieszczenie w domu opieki dziennej lub domu grupowej opieki dziennej oraz wszyscy pracownicy/wolontariusze w placówce opieki dziennej, niezależnie od wieku. Każda osoba podlegająca weryfikacji kartoteki musi wypełnić pierwsze trzy sekcje, określając typ obiektu i rolę, jaką będzie pełnić w obiekcie, oraz wszystkie dane osobowe. Wszystkie informacje umożliwiające identyfikację muszą być dokładne i kompletne. Podpis rodzica lub opiekuna jest wymagany, jeśli weryfikacja kartoteki dotyczy osoby niepełnoletniej.

#### DODATKOWE INSTRUKCJE DLA SEKCJI 2 I 3 STRONY TYTUŁOWEJ

Imię i nazwisko:	Należy podać obecne i wszystkie poprzednie nazwiska używane przez daną osobę. Jeśli nie ma innych nazwisk, należy wpisać „none” (brak).
Numer ubezpieczenia społecznego, ITIN lub numer przydzielony.	<b>NINIEJSZY FORMULARZ NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY BEZ KOMPLETNEGO NUMERU UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO, INDYWIDUALNEGO IDENTYFIKATORA PODATKOWEGO (ITIN) LUB NUMERU PRZYDZIELONEGO PRZEZ DEPARTAMENT</b>
Adres:	Aktualny i wszystkie adresy, łącznie z okręgiem, pod którymi dana osoba mieszkała w ciągu ostatnich pięciu lat (Zaznaczyć, jeśli spoza stanu Illinois)
Rasa:	Należy wpisać wszystkie mające zastosowanie kody ras: NA = Rdzenny mieszkaniec Ameryki lub Alaski (Indianin lub Eskimos)      WH = Biała AS = Azjatycka      UK = Nieznana BL = Czarnoskóra/afroamerykańska      DI = Odmawia identyfikacji PI = Rdzenny mieszkaniec Hawajów/Wysp Pacyfiku      CV = Nie można zweryfikować
Grupa etniczna:	Podać podstawową grupę etniczną NH = Nie jest Latynosem (NONE)      HA = Latynos z Ameryki Środkowej HS = Latynos południowoamerykański      HN = Latynos z Dominikany HM = Latynos z Meksyku      HO = Latynos inne HP = Latynos z Portoryko      UK = Nieznana HD = Latynos pochodzenia hiszpańskiego      DI = Odmawia identyfikacji HC = Latynos z Kuby      CV = Nie można zweryfikować

#### DODATKOWE INSTRUKCJE DLA SEKCJI 4 STRONY TYTUŁOWEJ

<p><b>Instrukcje dla lewej strony -</b></p> <p>Data pobrania odcisków palców: Proszę podać datę pobrania odcisków palców od danej osoby i rozpoczęcia przez nią pracy w okresie próbnym</p> <p>Imię i nazwisko świadczeniodawcy: Pełne imię i nazwisko, które widnieje na wniosku o wydanie licencji lub na licencji. (NIE NALEŻY UŻYWAĆ SKRÓTÓW)</p> <p>Nr identyfikacyjny świadczeniodawcy: Identyfikator świadczeniodawcy. (Numer, który znajduje się na certyfikacie licencyjnym placówki. W przypadku wniosków wstępnych numer zostanie nadany przez jednostkę zajmującą się weryfikacją kartoteki).</p> <p>Ulica/miejscowość/kod pocztowy: Miejsce, w którym znajduje się licencjonowana placówka, w której dana osoba posiada licencję lub jest zatrudniona.</p>	<p><b>Instrukcje dla prawej strony -</b></p> <p>Agencja nadzorująca: Proszę wpisać imię i nazwisko oraz numer identyfikacyjny dostawcy (Nr identyfikacyjny świadczeniodawcy) agencji nadzorującej placówkę.</p> <p>Nr identyfikacyjny świadczeniodawcy: Region/miejsce/obszar DCFS: Region/miejsce/obszar DCFS.</p> <p>Imię i nazwisko Pracownika: Imię, identyfikator i numer telefonu pracownika</p> <p>Imię i nazwisko Przełożonego: Imię, nazwisko, identyfikator i numer telefon przełożonego.</p>
---	---

Upoważnienie do weryfikacji kartoteki musi zostać przedłożone pracownikowi przyznającemu licencje w celu wypełnienia sekcji 4 i przekazania do jednostki DCFS zajmującej się weryfikacją kartoteki. Pracownik przyznający licencje musi sprawdzić formularz pod względem kompletności i dokładności, zweryfikować, czy od danej osoby pobrano odciski palców oraz zweryfikować poprawność pisowni imion na podstawie dokumentu tożsamości, takiego jak prawo jazdy lub dokument tożsamości ze zdjęciem.

#### DODATKOWE INSTRUKCJE

**OŚWIADCZENIE O STATUSIE PRACOWNIKA ZATRUDNIONEGO NA OKRES PRÓBNY W PLACÓWCE OPIEKI DZIENNEJ na stronie 3, OŚWIADCZENIE ISP/FBI W SPRAWIE USTAWY O OCHRONIE PRYWATNOŚCI oraz UPOWAŻNIENIE/POŚWIADCZENIE na stronie 4 niniejszego formularza muszą być podpisane i opatrzone datą przez osoby poddawane weryfikacji. Osoby wydające upoważnienia do weryfikacji mają prawo otrzymać kopię niniejszego formularza.**

## OŚWIADCZENIE O STATUSIE PRACOWNIKA ZATRUDNIONEGO NA OKRES PRÓBNY W PLACÓWCE OPIEKI DZiennej.

### Status pracownika zatrudnionego na okres próbny obejmuje:

- Pracowników
- Wolontariuszy, których można pozostawić z dziećmi bez nadzoru

Każdy dom opieki dziennej, dom grupowej opieki dziennej lub ośrodek opieki dziennej może przedłużyć okres próbny danemu członkowi personelu. Każdy pracownik zatrudniony na okres próbny lub wolontariusz może rozpocząć pracę zaraz po pozytywnym przejściu wstępnej weryfikacji. Wstępna weryfikacja obejmuje weryfikację na podstawie odcisków palców przez stan, w którym pracownik lub wolontariusz mieszka lub przez FBI. Każdy pracownik zatrudniony na okres próbny lub wolontariusz, który pomyślnie przeszedł weryfikację wstępną, musi przez cały czas przebywać pod nadzorem pracownika, który przeszedł pełną i kompleksową weryfikację (w ciągu ostatnich pięciu lat). Osoby o statusie pracownika zatrudnionego na okres próbny oraz wolontariusze nie powinny rozpoczynać świadczenia usług do czasu otrzymania od pracodawcy powiadomienia o pomyślnym przejściu wstępnej weryfikacji. Pracownik zatrudniony na okres próbny lub wolontariusz nie może przebywać bez nadzoru z żadnym dzieckiem objętym świadczeniami licencjonowanej placówki dopóki pracodawca nie poinformuje go o otrzymaniu wszystkich zaświadczeń o niekaralności.

### Poświadczenie:

Przeczytałem/am, zrozumiałem/am i będę przestrzegać warunków określonych dla pracownika zatrudnionego na okres próbny:

**Podpis:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Imię i nazwisko:** (Wypełnić drukowanymi literami) \_\_\_\_\_

**Podpis rodzica/opiekuna (jeżeli dotyczy)** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_\_

**\*\*\* Dotyczy tylko licencjonowanych placówek opieki dziennej** Jeżeli Zasada nie określa inaczej, asystenci nie mogą przebywać bez nadzoru z żadnym dzieckiem objętym świadczeniami licencjonowanej placówki, nawet jeśli przeszli pełną weryfikację.

Tylko obecni pracownicy, którzy przeszli pełną weryfikację (jeżeli dotyczy)

## OŚWIADCZENIE ISP/FBI W SPRAWIE USTAWY O OCHRONIE PRYMATNOŚCI

**Upoważnienie:** Pozyskiwanie, przechowywanie i wymiana odcisków palców oraz związanych z nimi informacji przez FBI jest ogólnie dozwolona na mocy przepisów 28 Kodeksu Stanów Zjednoczonych (U.S.C. 534). W zależności od charakteru Państwa wniosku, do organów uzupełniających należą ustawy federalne, ustawy stanowe zgodnie z ustawą publiczną L. 92-544, rozporządzeniem wykonawczym Prezydenta oraz przepisami federalnymi. Przekazanie odcisków palców i związanych z nimi informacji jest dobrowolne, jednak niedopełnienie tego obowiązku może wpłynąć na zakończenie lub zatwierdzenie Pana/i wniosku.

**Główny cel:** Na podstawie sprawdzenia odcisków palców mogą być podejmowane pewne decyzje, takie jak zatrudnienie, wydawanie licencji i poświadczenia bezpieczeństwa. Pana/i odciski palców i związane z nimi informacje/biometria mogą zostać przekazane agencji zatrudniającej, prowadzącej dochodzenie lub innej odpowiedzialnej agencji i/lub FBI w celu porównania Pana/i odcisków palców z innymi odciskami palców w systemie identyfikacji następnej generacji (NGI) FBI lub w systemach, które go zastąpią (w tym w systemach cywilnych, karnych i repozytoriach ukrytych odcisków palców) lub w innych dostępnych rejestrach agencji zatrudniającej, prowadzącej dochodzenie lub innej odpowiedzialnej agencji. FBI może zachować Pana/i odciski palców i związane z nimi informacje/biometrię w NGI po wypełnieniu tego wniosku, a w czasie przechowywania Pana/i odciski palców mogą być nadal porównywane z innymi odciskami palców przesłanymi do NGI lub przechowywanymi w NGI.

**Rutynowe zastosowania:** Podczas rozpatrywania tego wniosku i tak długo, jak długo Pana/i odciski palców i związane z nimi informacje/biometria są przechowywane w NGI, Pana/i informacje mogą być ujawnione za Pana/i zgodą, a także mogą być ujawnione bez Pana/i zgody, na co zezwala Ustawa o prywatności (Privacy Act) z 1974 r. i wszystkie obowiązujące Rutynowe zastosowania, które mogą być opublikowane w dowolnym czasie w Rejestrze federalnym, w tym Rutynowe zastosowania dla systemu NGI i Ogólne rutynowe zastosowania FBI. Rutynowe zastosowania obejmują między innymi ujawnianie danych: agencjom zatrudniającym, rządowym lub upoważnionym agencjom pozarządowym odpowiedzialnym za zatrudnienie, zawieranie umów, wydawanie licencji, poświadczenia bezpieczeństwa i inne ustalenia dotyczące przydatności; lokalnym, stanowym, plemiennym lub federalnym organom ścigania; organom wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych; oraz agencjom odpowiedzialnym za bezpieczeństwo krajowe lub publiczne.

**Powiadomienie wnioskodawcy o wpisie do rejestru:** Pana/i odciski palców zostaną wykorzystane do sprawdzenia rejestrów karnych FBI. Procedury uzyskiwania kopii lub zmiany, poprawiania lub aktualizowania danych z rejestru karnego FBI są określone w tytule 28 Kodeksu przepisów federalnych (Code of Federal Regulations, CFR), sekcja od 16.30 do 16.34 lub na stronie internetowej FBI pod adresem <http://www.fbi.gov/about-us/cjis/background-checks>.

Podpis \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Podpis rodzica/opiekuna (jeśli dotyczy) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### UPOWAŻNIENIE/POŚWIADCZENIE

Niniejszym upoważniam do udostępnienia wszelkich informacji o karalności dotyczących mojej osoby przez jakąkolwiek agencję, organizację, instytucję lub podmiot posiadający takie informacje w swoich aktach. Mam świadomość i rozumiem, że moje odciski palców mogą zostać zatrzymane i będą wykorzystane do sprawdzenia danych z rejestru karnego Policji Stanu Illinois i/lub Federalnego Biura Śledczego, w tym między innymi w bazach danych cywilnych, karnych i bazach danych odcisków palców. Rozumiem również, że jeśli zrobiono mi zdjęcie, to może ono zostać udostępnione wyłącznie w celu zatrudnienia lub uzyskania licencji. Ponadto rozumiem, że mam prawo do zakwestionowania wszelkich informacji rozpowszechnianych przez te agencje wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych, które mogą być niedokładne lub niekompletne zgodnie z tytułem 28 Kodeksu przepisów federalnych 16.34 i rozdziałem 20 ILCS 2630/7 Ustawy o identyfikacji kryminalnej (Criminal Identification Act).

Upoważniam Departament ds. Usług dla Dzieci i Rodzin w stanie Illinois (Illinois Department of Children and Family Services) do przeprowadzenia dochodzenia, w celu ustalenia czy kiedykolwiek byłem/am oskarżony/a o popełnienie przestępstwa, a jeśli tak, to jakie było rozstrzygnięcie tych zarzutów. Upoważniam Departament do zwrócenia się o informacje i pomoc do Departamentu Sprawiedliwości Stanów Zjednoczonych (U.S. Justice Department) i Departamentu Egzekwowania Prawa w Illinois (Illinois Department of Law Enforcement) w prowadzeniu niniejszego dochodzenia. Upoważniam Departament do okresowego przeszukiwania zgłoszeń nadużyć i zaniechań wobec dzieci w celu ustalenia, czy byłem/am „wskazanym” sprawcą/czynią nadużyć i zaniechań wobec dzieci zgodnie z ustawą o zgłaszaniu przypadków nadużyć i zaniechań wobec dzieci (Abused and Neglected Child Reporting Act) lub innymi odnośnymi przepisami stanowymi. Upoważniam Departament do okresowego przeszukiwania odnośnych rejestrów przestępców seksualnych. Weryfikacja pod kątem nadużyć i zaniechań wobec dzieci, przeszukiwanie rejestrów przestępców seksualnych oraz zbadanie historii kryminalnej mogą być wykorzystane do rozpatrzenia wniosku o licencję, obecnego lub przyszłego zatrudnienia lub służby w charakterze wolontariusza w placówce opieki dziennej. Upoważnienie dla członków gospodarstwa domowego w wieku od 13 do 17 lat jest wymagane wyłącznie do przeszukiwania odnośnych baz danych przypadków nadużyć/zaniechań dzieci oraz odnośnych rejestrów przestępców seksualnych a osoby takie nie polegają obowiązkowo pobrania odcisków palców, o ile nie są one pracownikami/wolontariuszami domu opieki dziennej, domu grupowej opieki dziennej lub ośrodka opieki dziennej.

Rozumiem, że informacje uzyskane w wyniku mojego upoważnienia do przeprowadzenia tego badania są poufne. Wyłącznie DCFS otrzyma do wglądu wyniki weryfikacji przez FBI, przy czym pracownik, potencjalny pracownik lub wolontariusz otrzyma kopię wyników na żądanie. *Informacje o wyrokach skazujących wydane przez Policję Stanu Illinois dotyczące pracowników, potencjalnych pracowników lub wolontariuszy nielicencjonowanych usługodawców oraz placówek opieki nad dziećmi licencjonowanych na mocy niniejszej ustawy są przekazywane operatorowi takiej placówki oraz, na żądanie, pracownikowi, potencjalnemu pracownikowi lub wolontariuszowi placówki opieki nad dziećmi lub nielicencjonowanemu świadczeniodawcy.* [225 ILCS 10/4.1]. Ponadto oświadczam, że informacje podane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i prawidłowe. Przyjmuję do wiadomości, że sfałszowanie jakichkolwiek informacji podanych powyżej i/lub wyników weryfikacji może być pełną i wystarczającą podstawą do odrzucenia mojego wniosku o udzielenie licencji.

Osoby twierdzące, że informacje w policji stanowej Illinois lub w rejestrze Federalnego Biura Śledczego są nieprawidłowe, mogą odwiedzić witrynę: <http://www.ilga.gov/commission/jcar/admincode/020/02001210sections.html> w celu sprawdzenia kartoteki ISP i stronę <http://www.fbi.gov> w celu sprawdzenia kartoteki FBI.

Podpis \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Podpis rodzica/opiekuna (jeśli dotyczy) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_