

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE REVISIÓN DE REHABILITACIÓN REHABILITATION REVIEW APPLICATION INSTRUCTIONS

La Solicitud de Revisión de Rehabilitación consiste en ocho secciones, A-I. Debe completar cada una de estas secciones. De acuerdo con DHS 12.12(4)(b), Wis. Admin. Code, si no completa la solicitud y no presenta la documentación solicitada dentro de los 90 días de la fecha en la que presenta la solicitud a la agencia de revisión de rehabilitación, su solicitud para la aprobación de la rehabilitación puede ser denegada. De acuerdo con DHS 12.12(2)(a), Wis. Admin. Code, si su solicitud es denegada, no puede volver a solicitar la revisión de la rehabilitación por el mismo motivo o uno similar durante un año desde la fecha de la denegación.

Su número de seguro social se solicita para que se pueda usar como uno de los únicos medios de identificación para evitar identificaciones erróneas con personas con condenas penales, determinaciones de abuso, negligencia de una persona o cliente o malversación de los bienes de un cliente. No tiene la obligación de proporcionar su número de seguro social. Sin embargo, si no proporciona su número correcto de seguro social, podrían ocurrir coincidencias incorrectas. La información y la documentación que presente se pueden usar para fines que no sean los del proceso de revisión de la rehabilitación y están sujetos a las leyes sobre registros abiertos de Wisconsin.

Cada sección incluye instrucciones específicas sobre cómo completar la solicitud. Si necesita ayuda para completar la solicitud, llame a Office of Legal Counsel al 608-422-7041.

Se le puede pedir que proporcione información y documentos adicionales no solicitados en la solicitud.

Un Panel de Revisión de Rehabilitación formado por dos o más personas se reunirá para hablar sobre la documentación de su solicitud y tomará la decisión de aprobar o denegar su solicitud de aprobación de rehabilitación. Se le notificará por correo cuándo y dónde se reunirá el Panel de Revisión de Rehabilitación. Si bien usted no tiene la obligación de presentarse a la reunión del panel de revisión de rehabilitación, se recomienda que se presente. El Panel puede hacerle preguntas para ayudar a tomar la decisión. De acuerdo con DHS 12.12(5)(a), Wis. Admin. Code, se puede diferir una decisión por hasta 6 meses para reunir información adicional o por otros motivos.

El Panel emitirá una decisión por escrito.

- Si el Panel de Revisión encuentra pruebas suficientes para la rehabilitación, la decisión puede especificar cualquier condición o limitación que se imponga.
- Si el Panel de Revisión no encuentra pruebas suficientes para la rehabilitación, la decisión proporcionará las razones de la denegación y le informará sus derechos de presentar una apelación.

Las decisiones del Panel de Revisión serán enviadas a la persona que solicita la revisión y, según sea aplicable o solicitado, a la instalación, autoridad regulatoria o programa en el que el solicitante está buscando trabajar, operar o vivir como residente no cliente.

Una aprobación de rehabilitación no garantiza que recibirá empleo, aprobación regulatoria, contratos o permiso para residir en una entidad.

Cada solicitud es manejada de modo independiente.

Instrucciones para envío por correo: Vea la Sección I de la Solicitud de Revisión de Rehabilitación adjunta.

SOLICITUD DE REVISIÓN DE REHABILITACIÓN REHABILITATION REVIEW APPLICATION

Completar este formulario de solicitud y proporcionar la documentación solicitada es obligatorio según las disposiciones de la sección 48.685 de Wisconsin Statutes y Chapter DHS 12, Wisconsin Administrative Code. Si no completa este formulario y no proporciona la documentación solicitada dentro de los 90 días de la fecha en la que presenta su solicitud, su solicitud para la aprobación de la rehabilitación puede ser denegada. Para obtener ayuda para completar este formulario, lea las instrucciones que se encuentran en cada sección de esta solicitud o llame a Office of Legal Counsel al 608-422-7041. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. No es obligatorio proporcionar su número de seguro social (SSN); sin embargo, no proporcionarlo podría causar una demora en el procesamiento de la información.

SECCIÓN A – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante (incluya apellido de soltero, todo alias y sobrenombre)			Número de seguro social		Género Hombre Mujer	
Fecha de nacimiento Mes Día Año		Lugar de nacimiento Condado		Estado	País	
Si tiene menos de 18 – Nombre, dirección y teléfono del padre, tutor o representante legal						
Dirección permanente				Código de área / Teléfono		
Ciudad			Estado	Código postal	Condado	
Dirección postal actual (si es diferente a la de arriba)						
Ciudad			Estado	Código postal	Condado	

SECCIÓN B – TIPO DE SOLICITANTE Y ENTIDAD

1. Marque los casilleros que más se acerquen a las razones por las que está solicitando la Revisión de la Rehabilitación.
(Marque todos los que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conservar el empleo actual
<input type="checkbox"/> Conservar la licencia actual
<input type="checkbox"/> Conservar la residencia no-cliente actual
<input type="checkbox"/> Conservar el/los contrato/s actual/es
<input type="checkbox"/> Conservar la licencia actual de padre sustituto
<input type="checkbox"/> Mantener la categoría de pasante de medicina | <input type="checkbox"/> Solicitante de empleo
<input type="checkbox"/> Solicitante de licencia
<input type="checkbox"/> Solicitante de residencia no cliente
<input type="checkbox"/> Solicitante de contrato/s
<input type="checkbox"/> Solicitante de licencia de padre sustituto
<input type="checkbox"/> Solicitante de estudio de hogar de adopción |
|---|--|

2. Marque los casilleros que más se parezcan al tipo de entidad en la que usted estará empleado, tendrá licencia, será contratado o residente no cliente. (Marque todos los que correspondan)

- Hogares sustitutos
- Hogar sustituto-Adopción
- Hogares grupales para niños
- Centros familiares de cuidado de día con licencia del estado
- Centros de cuidado de día certificados por el condado
- Centros grupales de cuidado de día
- Cuidado infantil de día contratado por los consejos escolares
- Centros de cuidado residencial para niños y jóvenes
- Instalaciones de cuidado en refugios para niños
- Organismos de colocación de niños
- Campamentos de día para niños

3. Escriba un resumen de las responsabilidades que tiene actualmente o que tendrá en los tipos de entidades que seleccionó arriba. Asegúrese de incluir el cargo, el tipo o cantidad de supervisión que tiene o tendrá, y el nombre, dirección y teléfono de la entidad.

SECCIÓN C – INFORMACIÓN SOBRE DELITOS

1. Enumere abajo cada delito o infracción por la que fue condenado. En el casillero "Sentencia", incluya toda orientación psicológica ordenada o terapia, evaluación o participación en programas de tratamiento por violencia, agresión, gestión de la crianza de los hijos, problemas de delincuencia sexual, alcohol u otro abuso relacionado con drogas. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario.

Nombre del delito o infracción	Fecha de la condena	Sentencia	Ubicación del tribunal fue condenado (Ciudad, condado, estado)

2. Para cualquiera de los delitos o infracciones indicadas en la página 4, ¿alguna vez ha solicitado moderación de la pena (perdón, conmutación de sentencia o indulto)? Si la respuesta es **Sí**, en el espacio proporcionado, indique el delito o infracción de la página 4 y la fecha de la solicitud. Sí No

Delito/Infracción

Mes/Año

3. ¿Existe algún cargo penal pendiente contra usted? Si la respuesta es **Sí**, en el espacio proporcionado, indique el nombre del delito/cargo; la fecha en la que lo arrestaron o acusaron; y la ciudad, condado y estado en el que fue acusado. También adjunte a esta solicitud una copia de la demanda penal. Sí No

Nombre del Delito/Cargo

Mes/Año

Ciudad/Condado/Estado

4. Enumere todo delito o infracción por el que fue arrestado, pero no condenado; la fecha en la que fue arrestado y la ciudad, condado y estado en el que fue arrestado. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario.

Nombre del delito/Razones del arresto

Fecha del arresto

Ciudad/Condado/Estado

5. ¿Es objeto de alguna investigación actual de un gobierno u organismo regulador (que no sea la policía)? Si la respuesta es **Sí**, en el espacio proporcionado, indique el nombre del gobierno u organismo regulador que realiza la investigación; la fecha de la investigación; las razones de la investigación; y la ciudad, condado y estado dentro del cual se está llevando a cabo la investigación. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario. Sí No

Nombre de la agencia

Razones de la investigación

Mes/Año

Ciudad/Condado/Estado

6. ¿Algún gobierno u organismo regulador (que no sea la policía) alguna vez ha determinado que usted cometió abuso o abandono de menores? Si la respuesta es **Sí**, en el espacio proporcionado, indique el nombre de la agencia; la fecha y la ciudad, condado y estado en el que ocurrió el incidente. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario. Sí No

Nombre de la agencia

Mes/Año

Ciudad/Condado/Estado

7. ¿Algún gobierno u organismo regulador (que no sea la policía) alguna vez ha determinado que usted cometió abuso o abandono de alguna persona o cliente? Si la respuesta es **Sí**, en el espacio proporcionado, indique el nombre de la agencia; la fecha y la ciudad, condado y estado en el que ocurrió el incidente. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario. Sí No

Nombre de la agencia Mes/Año Ciudad/Condado/Estado

8. ¿Algún gobierno o agencia reguladora (que no sea la policía) determinó que usted tomó o usó inadecuadamente los bienes de un cliente o paciente? Si la respuesta es **Sí**, indique el nombre de la agencia; la fecha y la ciudad, condado y estado en el que ocurrió el incidente. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario. Sí No

Nombre de la agencia Mes/Año Ciudad/Condado/Estado

9. ¿Alguna vez se le revocó, limitó o suspendió una licencia, certificación o aprobación para cuidar, tratar o proporcionar servicios educativos? Si la respuesta es **Sí**, indique el nombre de la licencia, certificación o aprobación; indique si la licencia, certificación o aprobación fue revocada, limitada o suspendida; la fecha de la revocación, limitación, suspensión; y la ciudad, condado y estado donde ocurrió esto. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario. Sí No

Nombre de la Licencia/Certificación/Aprobación Revocada/Limitada/Suspendida Mes/Año Ciudad/Condado/Estado

10. ¿Alguna vez se le denegó una licencia, certificación o aprobación? Si la respuesta es **Sí**, indique el nombre de la licencia, certificación o aprobación; las razones de la denegación y la ciudad, condado y estado donde ocurrió la denegación. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario. Sí No

Nombre de la Licencia/Certificación/Aprobación Razones de la denegación Mes/Año Ciudad/Condado/Estado

SECCIÓN D – ANTECEDENTES LABORALES

Enumere todos los empleadores de los últimos 5 años. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario.

Empleador – Nombre, dirección y teléfono	Cargo/Puesto	Fechas de empleo (Desde/Hasta)	Razón/razones por la/s que se fue

SECCIÓN E – DIRECCIONES PREVIAS

Enumere todas las direcciones que ha usado en los últimos 5 años: Incluya direcciones fuera del estado y direcciones en las que residió mientras servía en las Fuerzas Armadas de EE.UU. Adjunte y coloque su inicial en hojas adicionales si es necesario.

Calle/ P.O. Box, Ciudad, Estado y Código postal	Fechas de residencia (Desde/Hasta)

SECCIÓN F – DOCUMENTOS QUE SE DEBEN ADJUNTARSE A LA SOLICITUD

Además de responder las preguntas en las secciones anteriores, adjunte los siguientes documentos a esta solicitud. Si no lo hace, se puede provocar una denegación por presentar una solicitud incompleta.

1. Su explicación de delitos o infracciones que cometió (qué hizo y las razones por las que lo hizo).
2. Su explicación del abuso, abandono o malversación a la que se refiere en las páginas 5 y 6 (lo que hizo y las razones por las que lo hizo).
3. Su declaración que explique las razones por las que cree que está rehabilitado (qué condujo a que cometa los delitos, su entendimiento del efecto de sus delitos en los demás, cómo ha cambiado desde que cometió los delitos).
4. Una copia de sus documentos de baja (DD-214), si le dieron de baja de un departamento de los Servicios de las Fuerzas Armadas de EE.UU. dentro de los últimos 3 años.
5. Formulario de Divulgación de Información de Antecedentes (F-82064).
6. Resultados de Verificación de Antecedentes de Cuidador. La Verificación de Antecedentes de Cuidador es una impresión computarizada de cualquier antecedente penal que pueda tener y una carta titulada “Response to Caregiver Background Check” (Respuesta a la Verificación de Antecedentes de Cuidador).
7. Resultados de las verificaciones de antecedentes penales de cada estado en el que vivió en los últimos 3 años.
8. Copias de Sentencias de condena, Demanda penal, y la lista de causas (*Docket*) para cada condena enumerada en la página 4. (Las copias se pueden obtener del Secretario del Juzgado en el condado donde ocurrió la condena. si no las puede conseguir, explique por qué.)
9. Cartas de empleadores actuales y anteriores sobre su carácter y desempeño en el trabajo.
10. Referencias al carácter de al menos 3 conocidos. La referencia debería ser una narración corta sobre su carácter y debe incluir el nombre del autor, la dirección, el teléfono, la firma y la fecha.
11. Prueba de documentación de su cumplimiento con las órdenes judiciales.
12. Carta de su oficial de libertad condicional/vigilada (si sigue estando en libertad condicional/vigilada o ha sido liberado durante el último año).
13. Documentación de servicio comunitario, trabajo voluntario, certificados de capacitación, restitución a la víctima o la comunidad, etc.
14. Toda otra información que desee que se considere que demuestre su rehabilitación.

Sírvase saber que se le puede exigir que presente información adicional.

SECCIÓN G – DISTRIBUCIÓN DE LA DECISIÓN

- Se le enviará una copia de la decisión a la dirección que dio en la página 2.
- Enumere el nombre y la dirección de otras personas a las que se debería enviar una copia de la decisión (por ejemplo, empleador, escuela).

Nombre:

Dirección:

SECCIÓN H – FIRMA DEL SOLICITANTE Y FECHA

Certifico que la información que figura en la solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

FIRMA – Solicitante

Fecha de la firma

SECCIÓN I – INSTRUCCIONES PARA ENVÍO POR CORREO

Envíe la solicitud completa y los adjuntos a:

- Department of Children and Families, si está buscando empleo, residencia no cliente, servicios contratados o aprobación reguladora para o en una entidad regulada por Department of Children and Families o si está buscando ser aprobado por Department como padre adoptivo o si actualmente está empleado, reside o proporciona servicios contratados a, o tiene aprobación reguladora para operar una entidad regulada por Department;

Department of Children and Families
Office of Legal Counsel
201 East Washington Avenue, Room G200
P. O. Box 8916
Madison, WI 53708-8916

- La agencia del departamento de servicios sociales o humanos de su condado o la agencia de colocación privada de menores con licencia si está buscando tener licencia o actualmente tiene una licencia como hogar sustituto o si está buscando la residencia no cliente en un hogar sustituto o si es un padre adoptivo y el condado o la agencia de colocación privada de menores con licencia está proporcionando servicios de estudio del hogar al solicitante de adopción;
- Su consejo escolar local, si está buscando un contrato para proporcionar servicios de cuidado de día o si actualmente tiene un contrato para proporcionar servicios de cuidado de día con un consejo escolar en virtud de s.120.13(14) Wis. Stats., o si está buscando empleo o residencia no cliente en una entidad que proporciona servicios contratados de cuidado de día para un consejo escolar en virtud de s.120.13(14) Wis. Stats., o si actualmente está empleado en o es un residente no cliente de una entidad que proporciona servicios contratados de cuidado de día para un consejo escolar en virtud de s. 120.13(14) Wis. Stats.
- La tribu designada por DCF en la que su entidad opera.