

Instrucciones de Solicitud de Revisión de Rehabilitación

REHABILITATION REVIEW APPLICATION INSTRUCTIONS

La Solicitud de Revisión de Rehabilitación consta de nueve secciones, A-I. Debe completar cada una de estas secciones. De conformidad con las s. DCF 12.13(1) y DCF 13.13(1), Código Admin. de Wis., no completar la solicitud ni proveer la documentación solicitada a la agencia de revisión de rehabilitación dentro de un plazo de 90 días, a partir de la fecha de envío de su solicitud, puede resultar en la denegación de su solicitud de aprobación de rehabilitación. De conformidad con las s. DCF 12.11(3) y DCF 13.11(3), Código Admin. de Wis., si se deniega su solicitud, no podrá volver a solicitar la revisión de rehabilitación por el mismo motivo u otro similar durante un año a partir de la fecha de la denegación.

Su social security number (número de seguro social) se solicita para utilizarse como uno de los identificadores únicos para prevenir coincidencias incorrectas con otras personas que tienen condenas penales, antecedentes de abuso, negligencia de una persona o cliente, o apropiación indebida de pertenencias de un cliente. Proveer su social security number (número de seguro social) (SSN) es voluntario; sin embargo, no proveer este dato resultará en la demora del procesamiento de la información y podría resultar en coincidencias incorrectas. La información personal provista puede ser utilizada para fines secundarios [Ley de Privacidad, S. 15.04(1)(m), Estat. de Wis.].

Un Panel de Revisión de Rehabilitación compuesto por dos o más personas se reunirá para analizar los materiales de su solicitud y tomar la decisión de aprobar, denegar o aplazar su solicitud de aprobación de rehabilitación. Se le notificará por correo cuándo y dónde se reunirá el Panel de Revisión de Rehabilitación. Aunque no está obligado a estar presente en la reunión del panel de revisión de rehabilitación, se recomienda su presencia. El Panel podrá hacerle preguntas como ayuda para tomar la decisión. De conformidad con las s. DCF 12.13(5)(b) y 13.13(5)(b), Código Admin. de Wis., una decisión puede ser aplazada hasta 6 meses para reunir información adicional o por otras razones.

El Panel emitirá una decisión por escrito.

- Si el Panel de Revisión encuentra suficiente evidencia de rehabilitación, la decisión puede especificar cualquier condición o limitación que se imponga.
- Si el Panel de Revisión no encuentra suficiente evidencia de rehabilitación, la decisión proveerá las razones de la denegación y le informará su derecho a presentar una apelación.

Las decisiones del Panel de Revisión serán enviadas a la persona que solicita la revisión y, si se solicita, al centro, autoridad reguladora o programa en el que el solicitante busca trabajar, operar o vivir como residente no cliente. También es posible que se le solicite que comparta una copia de su carta de decisión con cualquier entidad o agencia con la que usted pueda tener una licencia, estar empleado o ser residente, como condición para la aprobación.

Una aprobación de rehabilitación no asegura que usted reciba empleo, aprobación regulatoria, contratos o permiso para residir en una entidad.

Cada solicitud se trata de forma individual.

Instrucciones de envío: Consulte 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 proveer la documentación solicitada es requerido bajo las disposiciones de las secciones 48.685 y 48.686 de los Estatutos de Wisconsin y los Capítulos DCF 12 y 13 del Administrative Code (Código Administrativo) de Wisconsin. No completar este formulario ni proveer la documentación solicitada dentro del plazo de 90 días, a partir de la fecha de envío de su solicitud, puede resultar en la denegación de su solicitud de aprobación de rehabilitación. Si necesita ayuda para completar este formulario, lea las instrucciones que se encuentran en cada sección de esta solicitud o llame al Coordinador de Revisión de Rehabilitación al 608-422-7041. La información personal provista puede ser utilizada para fines secundarios [Ley de Privacidad, s. 15.04(1)(m), Estat. de Wis.]. Proveer su social security number (número de seguro social) (SSN) es voluntario; sin embargo, no proveerlo podría resultar en una demora al procesar la información.

SECCIÓN A – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del solicitante (incluya nombre de soltera, cualquier seudónimo y apodos)	Número de Seguro Social	Género
--	-------------------------	--------

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento		Estado	País
Mes Día Año	Ciudad			

Si es menor de 18 años – Nombre, dirección y número de teléfono del padre/madre, tutor o representante legal

Dirección permanente	Número de teléfono
----------------------	--------------------

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Dirección postal actual (si es diferente a la anterior)

Ciudad	Estado	Código postal	Condado
--------	--------	---------------	---------

Correo electrónico

SECCIÓN B – ENTIDAD Y TIPO DE SOLICITANTE

1. Marque la(s) casilla(s) que más coincida(n) con el (los) motivo(s) por el que solicita la Revisión de Rehabilitación. (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solicitante de empleo | <input type="checkbox"/> Solicitante de residencia de no cliente |
| <input type="checkbox"/> Solicitante de licencia | <input type="checkbox"/> Solicitante de contrato(s) |
| <input type="checkbox"/> Solicitante de certificación | |

2. Marque la(s) casilla(s) que más coincida(n) con el tipo de entidad con la cual será empleado, recibirá una licencia, será contratado o será un residente no cliente. (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza | <input type="checkbox"/> Centros de cuidado infantil familiar con licencia estatal |
| <input type="checkbox"/> Adopción | <input type="checkbox"/> Centros de cuidado infantil grupal con licencia estatal |
| <input type="checkbox"/> Hogares grupales para menores | <input type="checkbox"/> Campamentos de día para menores con licencia estatal |
| <input type="checkbox"/> Centros de cuidado residencial para niños y jóvenes | <input type="checkbox"/> Centros de cuidado infantil certificados |
| <input type="checkbox"/> Centros de cuidado temporal | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil contratado por una junta escolar |
| <input type="checkbox"/> Agencias de colocación de menores | |

3. Escriba un resumen de las responsabilidades que tiene actualmente, o que tendrá, en el tipo de entidad(es) que ha seleccionado anteriormente. Asegúrese de incluir su cargo, el tipo o la cantidad de supervisión que tiene o tendrá, y el nombre, dirección y número de teléfono de la entidad.

SECCIÓN C – INFORMACIÓN SOBRE DELITOS

1. Sí No ¿Ha sido **condenado por un delito penal**? Si la respuesta es "Sí", indique a continuación el nombre de cada crimen o delito por el que fue condenado; la sentencia; la ubicación del tribunal donde fue condenado (ciudad, condado y estado); y la fecha de la condena. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Crimen o delito	Sentencia	Ubicación	Fecha

2. Sí No ¿Alguna vez **ha solicitado** (indulto, conmutación o aplazamiento de la sentencia) por cualquiera de los crímenes o delitos indicados en la pregunta 1 anterior? Si la respuesta es "Sí", indique a continuación el nombre de cada crimen o delito por el que solicitó clemencia y la fecha de la solicitud. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Crimen o delito	Fecha

3. Sí No ¿Hay alguna **acusación penal pendiente** contra usted? Si la respuesta es "Sí", indique a continuación el nombre de la acusación o delito pendiente; el lugar donde fue acusado (ciudad, condado y estado); y la fecha en que fue arrestado o acusado. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Crimen o delito	Ubicación	Fecha

4. Sí No ¿Ha sido **arrestado por algún crimen o delito**, pero no ha sido condenado? Si la respuesta es "Sí", indique a continuación el nombre del cargo o delito; el lugar en el que fue arrestado (ciudad, condado y estado); y la fecha en que fue arrestado. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Crimen o delito	Ubicación	Fecha

5. Sí No ¿Es usted sujeto de alguna **investigación actual por parte de una agencia gubernamental o reguladora** (que no sea la policía)? Si la respuesta es "Sí", indique a continuación el motivo de la investigación; el nombre de la agencia gubernamental o reguladora que lleva a cabo la investigación; el lugar en el que se lleva a cabo la investigación (ciudad, condado y estado); y la fecha de inicio de la investigación. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Motivo de la investigación	Agencia investigadora	Ubicación	Fecha

6. Sí No ¿Alguna vez alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía o un tribunal de justicia) ha determinado que usted ha cometido **abuso o negligencia infantil**? Si la respuesta es "Sí", indique a continuación el nombre de la agencia; el lugar donde ocurrió el incidente (ciudad, condado y estado); y la fecha. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Agencia gubernamental/reguladora	Ubicación	Fecha

7. Sí No ¿Alguna vez alguna agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía o un tribunal de justicia) ha determinado que usted **ha abusado o descuidado a alguna persona o cliente**? Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la agencia, el lugar donde ocurrió el incidente (ciudad, condado y estado) y la fecha. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Agencia gubernamental/reguladora	Ubicación	Fecha

8. Sí No ¿Ha determinado una agencia gubernamental o reguladora (que no sea la policía o un tribunal de justicia) que usted **tomó o utilizó indebidamente las pertenencias de un cliente o paciente**? Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la agencia, el lugar donde ocurrió el incidente (ciudad, condado y estado) y la fecha. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Agencia gubernamental/reguladora	Ubicación	Fecha

9. Sí No ¿Alguna vez le han **revocado, limitado o suspendido una licencia, certificación o aprobación para proveer servicios de cuidado, tratamiento o educación**? Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la licencia, certificación o aprobación; indique si fue revocada, limitada o suspendida; el lugar donde ocurrió el incidente (ciudad, condado y estado); y la fecha de la revocación, limitación o suspensión. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Nombre	Acción	Ubicación	Fecha
	<input type="checkbox"/> Revocada <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Suspendida		
	<input type="checkbox"/> Revocada <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Suspendida		
	<input type="checkbox"/> Revocada <input type="checkbox"/> Limitada <input type="checkbox"/> Suspendida		

10. Sí No ¿Alguna vez le han **denegado la licencia, certificación o aprobación**? Si la respuesta es "Sí", indique el nombre de la licencia, certificación o aprobación; el motivo de la denegación; el lugar donde ocurrió la denegación (ciudad, condado y estado); y la fecha de la denegación. Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Licencia/certificación/aprobación	Motivo de la denegación	Ubicación	Fecha

SECCIÓN D – HISTORIAL DE EMPLEO

Indique a todos sus **empleadores durante los últimos 5 años**. Incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleador; el cargo que ocupaba y el puesto de trabajo; el motivo de la salida; y las fechas de empleo (desde/hasta). Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Empleador anterior	Cargo/Puesto	Razón de salida	Fechas (desde/hasta)
			/
			/

			/
			/
			/

SECCIÓN E – DIRECCIONES ANTERIORES

Indique todas **las direcciones que ha utilizado durante los últimos 5 años**, incluidas las direcciones fuera del estado y las direcciones donde residió mientras prestó servicio en las U.S. Armed Forces (Fuerzas Armadas de los EE. UU.). Incluya la dirección física (calle, apartado postal si corresponde, ciudad, estado, código postal); la dirección postal si es diferente de la dirección física; y las fechas de residencia (desde/hasta). Si es necesario, adjunte y ponga sus iniciales en la(s) hoja(s) adicional(es).

Dirección física	Dirección postal si es diferente	Fechas (desde/hasta)
		/
		/
		/
		/
		/

SECCIÓN F – DOCUMENTOS QUE DEBEN ADJUNTARSE A LA SOLICITUD

Además de responder las preguntas de las secciones anteriores, **adjunte los siguientes documentos** a esta solicitud. El no hacerlo puede resultar en una denegación por presentar una solicitud incompleta. **Tenga en cuenta que se le puede pedir que presente información adicional.**

1. Su explicación del/de los crimen(es) o delito(s) que cometió [lo que hizo y los motivos por qué lo hizo].
2. Su explicación del abuso, negligencia o apropiación indebida a la que se refiere en la Sección C [lo que hizo y los motivos por qué lo hizo].
3. Su declaración que explica los motivos por los que usted cree que está rehabilitado [qué lo llevó a cometer el/los delito(s), su comprensión del impacto de su(s) delito(s) en los demás, cómo ha cambiado desde que cometió el/los delito(s)].
4. Formulario (DCF-F-2978-E) de Background Information Disclosure (Revelación de Información de Antecedentes) (BID) – Solo para solicitantes de bienestar de menores
5. Formulario (DCF-F-5296-E) de Background Check Request (Solicitud de Verificación de Antecedentes) (BCR) – Solo para solicitantes de cuidado infantil
6. Formulario de Solicitud de Registro de Antecedentes Penales de un Solo Individuo de Wisconsin (DJ-LE-250). Complete el formulario, adjunte un cheque por \$20 o un giro bancario a nombre del Department of Justice (Departamento de Justicia) de Wisconsin, y el DCF enviará este formulario en su nombre.
7. Si ha residido fuera de Wisconsin en los últimos 5 años, los antecedentes penales y los resultados de la verificación de antecedentes de los CPS de cada estado.
8. Copias de la Denuncia penal y de la Sentencia condenatoria correspondiente a cualquier condena de un delito prohibido. Nota: Se pueden obtener copias a través del Secretario del Tribunal del condado donde ocurrió la condena. Si no puede obtenerlas, explique por qué.
9. Referencias de al menos 3 conocidos o empleadores. La referencia debe ser una narración breve sobre su personalidad y debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono, la firma del autor y la fecha.
10. Carta(s) de su(s) actual(es) o anterior(es) oficial(es) de libertad vigilada/condicional, si corresponde
11. Cualquier otra información que usted quiera que se considere y que demuestre su rehabilitación.

SECCIÓN G – DISTRIBUCIÓN DE LA DECISIÓN

1. Se le enviará una copia de la decisión a la dirección que haya provisto en la Sección A.
2. Indique el nombre y la dirección de las otras personas a quienes se les debe enviar una copia de la decisión (por ejemplo, empleador, escuela).

Nombre	Dirección

SECCIÓN H – FIRMA DEL SOLICITANTE Y FECHA

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

FIRMA – Solicitante	Fecha de firma
---------------------	----------------

SECCIÓN I – INSTRUCCIONES DE ENVÍO

Envíe su solicitud completada y sus documentos adjuntos a una de las siguientes:

1. Si busca un empleo, una residencia de no cliente, servicios contratados o una aprobación regulatoria para o en una agencia regulada por el Department of Children and Families (Departamento de Niños y Familias) (DCF); **O** si busca que el DCF lo/la apruebe como padre/madre adoptivo/a, **O** si actualmente está empleado/a, reside en, provee servicios contratados con, o tiene una aprobación regulatoria para operar una entidad regulada por el DCF, envíe su solicitud a:

ATENCIÓN: COORDINADOR DE REVISIÓN DE REHABILITACIÓN
DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES (DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS)
OFFICE OF LEGAL COUNSEL (OFICINA DE ASESORÍA LEGAL)
PO BOX 8916
MADISON WI 53708-8916

O

DCFMBREHAB@wisconsin.gov

2. Si busca convertirse o es actualmente un hogar de crianza con licencia, **O** si busca una residencia en un hogar de crianza de no cliente, **O** si es un padre/madre adoptivo/a y el condado o la agencia privada de colocación de menores con licencia que provee servicios de estudio del hogar del solicitante de adopción, envíe su solicitud al departamento de servicios sociales o humanos de su condado o a la agencia privada de colocación de menores con licencia.
3. Si busca un contrato para proveer servicios de guardería o actualmente está contratando para proveer servicios de guardería con una junta escolar bajo la s.120.13(14) Estat. de Wis., **O** si busca empleo o residencia de no cliente en una entidad que provee servicios contratados de guardería para una junta escolar bajo la s.120.13(14) Estat. de Wis., **O** si actualmente está empleado en o reside como no cliente en una entidad que provee servicios contratados de guardería para una junta escolar bajo la s. 120.13(14) Estat. de Wis., envíe su solicitud a su junta escolar local.
4. Si busca la certificación o licencia de cuidado de crianza de una tribu designada por el DCF; o empleo o residencia de no cliente en una entidad regulada por una tribu designada por el DCF, envíe su solicitud a la tribu designada por el DCF bajo la cual opera el cuidado infantil certificado o el hogar de crianza.