

En español  
atras!

# FINGERPRINT FORM

For R.I. jobs requiring a NATIONAL background check by State statute

**Applicant notification and record challenge:** Your fingerprints will be used to check the criminal history records of the FBI. You have the opportunity to complete or challenge the accuracy of the information contained in the FBI identification record. The procedure for obtaining a change, correction, or updating an FBI identification record is set forth in Title 28, CFR, 16.34.

|            |           |    |               |
|------------|-----------|----|---------------|
| FIRST NAME | LAST NAME | MI | (Maiden Name) |
| / /        |           |    | ( )           |

|               |                                     |  |
|---------------|-------------------------------------|--|
| DOB: mm/dd/yr | Place of Birth<br>(State / Country) | Telephone Number   |
|               |                                     | <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> _____ |

\_\_\_\_\_  
Social Security Number

E-mail \_\_\_\_\_

Current Address (If different than address on ID) \_\_\_\_\_

Please have the paperwork provided by your employer, form of payment & your I.D. ready.

**\$45.00**

There is a credit/debit card surcharge of \$1.40

### Check off one of the following:

|  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Twin River/Tiverton Casino      | <input type="checkbox"/> RI Nursing License (State required)      | <input type="checkbox"/> School (State required)  |
| <input type="checkbox"/> Retail Sales/Store lottery      | <input type="checkbox"/> RI Nursing New Employer                  | <input type="checkbox"/> Probate Guardian   |
| <input type="checkbox"/> Precious Metals                 | <input type="checkbox"/> Ambulatory Care                          | <input type="checkbox"/> Youth Protection Act   |
| <input type="checkbox"/> Burglar Alarm Agent             | <input type="checkbox"/> Personal Care Aide                       | <input type="checkbox"/> Home / Owner *Paid by DHS<br>Childcare/Daycare (State also required) |
| <input type="checkbox"/> Religious Organization          | <input type="checkbox"/> Med. Marijuana -<br>Care giver/Purchaser | <input type="checkbox"/> Childcare / Daycare *Paid by DHS<br>CENTER (State required)          |
| <input type="checkbox"/> Security Business OWNER         | <input type="checkbox"/> Cultivation/ Hemp/<br>Compassion Center  | <input type="checkbox"/> Dept. of Administration - FTI<br>Employment & Vendors                |
| <input type="checkbox"/> Security guard (State required) | <input type="checkbox"/> Firefighter (State required)             | <input type="checkbox"/> Gateway Healthcare   |

I hereby direct and authorize the Bureau of Criminal Identification and Investigation to conduct the requested national and/or state background check and to notify \_\_\_\_\_ (employer/government agency)

in writing of the results in the manner authorized by law. I hereby waive and release any and all manner of actions, cause of actions, and demands of every kind, nature, and description whatsoever, arising from any release of information pursuant to this request, against the State of Rhode Island, the Attorney General, the Rhode Island Department of Attorney General and its employees in both law and equity which I may have now or in the future.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant

\_\_\_\_\_  
Date

RISOR  NSOR

# FORMA DE HUELLA DACTILAR

Para los trabajos de R.I. que requieren una verificación de antecedentes NACIONAL por la ley estatal

**Notificación del solicitante e impugnación de registros:** sus huellas dactilares se utilizarán para verificar los registros de antecedentes penales del FBI. Tiene la oportunidad de completar o cuestionar la exactitud de la información contenida en el registro de identificación del FBI. El procedimiento para obtener un cambio, corrección o actualización de un registro de identificación del FBI se establece en el Título 28, CFR, 16.34.

|   |  |   |                       |
|---|--|---|-----------------------|
| Nombre  | Apellido                               | MI  | (Apellido de soltera) |
| / /   |  |   | ( )                   |
| Fecha de nacimiento (mm/dd/año)   | Lugar de nacimiento<br>(Estado / País) | Número de teléfono  |                       |
|   |  | <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> _____ |                       |
| Número de Seguro Social   | Email: _____                           |   |                       |
| Dirección actual (Si es diferente de la dirección en su identificación) |  |   |                       |

Por favor, tenga listo el documento proporcionado por su empleador, forma de pago y su identificación.

**\$45.00**

Hay un recargo de crédito/ débito de \$1.40

Seleccione una de las siguientes opciones:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Twin River/Tiverton Casino                | <input type="checkbox"/> Licencia de enfermería de RI<br>(se requiere BCI) | <input type="checkbox"/> Escuela<br>(se requiere BCI)  |
| <input type="checkbox"/> Tienda/ tiendas de lotería                | <input type="checkbox"/> RI Enfermería-Nuevo empleador                     | <input type="checkbox"/> Guardián testamentario  |
| <input type="checkbox"/> Metales preciosos                         | <input type="checkbox"/> Atención ambulatoria                              | <input type="checkbox"/> Youth Protection Act  |
| <input type="checkbox"/> Agente de alarma antirrobo                | <input type="checkbox"/> Asistente de cuidado personal                     | <input type="checkbox"/> Casa / Propietario guardería <b>*Pagado por DHS</b><br>(se requiere BCI)        |
| <input type="checkbox"/> Organización Religiosa                    | <input type="checkbox"/> Med. Marihuana - Cuidador / Comprador             | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños / guardería CENTER <b>*Pagado por DHS</b><br>(se requiere BCI) |
| <input type="checkbox"/> Propietario de un negocio de seguridad    | <input type="checkbox"/> Cultivo de Marihuana /Cáñamo/ centro de compasión | <input type="checkbox"/> Dept. de Administración - FTI   |
| <input type="checkbox"/> Guardia de seguridad<br>(se requiere BCI) | <input type="checkbox"/> Bombero<br>(se requiere BCI)                      | <input type="checkbox"/> Gateway Health  |

Por la presente ordeno y autorizo a la Oficina de Identificación e Investigación Criminal a realizar la verificación de antecedentes nacional y / o estatal solicitada y notificar a \_\_\_\_\_ ( empleador/agencia gubernamental) por escrito de los resultados en la forma autorizada por la ley. Por la presente renuncio y libero cualquier tipo de acciones, causas de acciones y demandas de todo tipo, naturaleza y descripción, que surjan de cualquier divulgación de información de conformidad con esta solicitud, contra el Estado de Rhode Island, el Fiscal General, el Departamento de Fiscal General de Rhode Island y sus empleados tanto en la ley como en la equidad que pueda tener ahora o en el futuro.

Firma de solicitante

Fecha