

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.

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

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)