

Evaluación de revisión de antecedentes

Instrucciones: Complete este formulario con tinta negra o a máquina. La persona evaluada deberá completar la Parte D por **cada** transgresión. Todos los materiales de evaluación, incluido el formulario 470-2310, el SING, la hoja RAP y cualquier documento de respaldo deben enviarse por correo electrónico en un solo PDF, en un plazo no mayor a 30 días a iowarce@hhs.iowa.gov, o por fax al (515) 564-4034 o por correo postal a Department of Health and Human Services, 321 E.12th St., FWBP/CPS/Operations/RCE, Des Moines, IA 50319. Todos los resultados de las huellas dactilares/FBI se deberán enviar por correo electrónico.

La fecha de procesamiento de la evaluación de revisión de antecedentes se puede encontrar en: <https://hhs.iowa.gov/record-check-evaluations/processing-date>

A. Agencia/Proveedor/Persona que solicita la evaluación			
Entidad que solicita la evaluación		Nombre del solicitante	
Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Fax	Correo electrónico del solicitante	

B. Persona evaluada		
Apellido, Nombre, Inicial del 2.º nombre:	Nombres de soltera/anteriores	Cargo/Puesto de trabajo al que postula

Sé que la información que proporcione en la Sección D será verificada por la policía local, el tribunal de distrito, el Iowa Department of Health and Human Services u otras personas que tengan conocimiento del incidente.

Firma de la persona evaluada	Fecha	Teléfono	Correo electrónico
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

C. Determinación de la evaluación/Aviso de decisión	PARA USO EXCLUSIVO DEL HHS
--	---------------------------------------

