

LA DIÓCESIS DE BRIDGEPORT
AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE UN INFORME DE INVESTIGACIÓN

UBICACIÓN EN DIÓCESIS: _____ **CIUDAD/PUEBLO:** _____

Yo, el abajo firmante, autorizo a la Diócesis de Bridgeport y a Catholic Mutual Group, Inc., por medio de su contratista independiente, **MIND YOUR BUSINESS, INC.** ("MYB"), a obtener un informe y/o un informe de investigación sobre mí **cada cinco (5) años, si estoy trabajando en contacto programado con niños o cada diez (10) años si no estaré trabajando en contacto programado con niños.** Todos los puestos de empleo incluirán una verificación de condena penal y un seguimiento del número de seguro social.

Entiendo que tengo derecho a una divulgación completa y precisa de la naturaleza y el alcance de cualquier informe de investigación preparado sobre mí mediante una solicitud por escrito a MYB dentro de un tiempo razonable después de la fecha del presente.

Por la presente libero a la Diócesis de Bridgeport y a Catholic Mutual Group, Inc., MYB y a cualquier otra parte relacionada involucrada en la preparación del informe o informe de investigación, de toda responsabilidad, reclamo y/o demanda, de cualquier tipo, a yo, mis herederos u otras personas que presenten dicho reclamo o demanda en mi nombre para obtener, proporcionar y/o ayudar con la compilación o preparación del informe y/o informe de investigación aquí autorizado.

Encierre en un círculo todo lo que corresponda: Historial de Crédito Informe del Vehículo Motorizado

PROFESIÓN / CARGO: _____

Las posiciones con responsabilidad financiera incluirán una **verificación de historial crediticio adicional.** Los puestos con responsabilidad de conducción requieren una **verificación de vehículos motorizados.**

NOMBRE COMPLETO: _____
Primer _____ Segundo _____ Apellido _____

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA COMPLETA:

Número de calle/P.O. Casilla _____ Nombre de la calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal Condado _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____ / **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ / _____ / _____
MM DD YYYY

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **CORREO ELECTRÓNICO:** _____

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR (si conduce): _____ **ESTADO** _____

ENUMERE TODAS LAS RESIDENCIAS ADICIONALES EN LAS QUE HA RESIDIDO EN LOS ÚLTIMOS CINCO (5) AÑOS:

Número de calle/P.O. Casilla	Nombre de la calle	Ciudad	Estado	Código postal Condado
------------------------------	--------------------	--------	--------	-----------------------

Número de calle/P.O. Casilla	Nombre de la calle	Ciudad	Estado	Código postal Condado
------------------------------	--------------------	--------	--------	-----------------------

Número de calle/P.O. Casilla	Nombre de la calle	Ciudad	Estado	Código postal Condado
------------------------------	--------------------	--------	--------	-----------------------

Si no nació en los Estados Unidos, proporcione el apellido de soltera de su madre y cualquier información de identificación adicional (número de identificación nacional, número de visa) que nos ayudará a completar su verificación de antecedentes penales _____

[Derechos del consumidor en la verificación de antecedentes en virtud de Fair Credit Reporting Act \(FCRA\)](#)