



DISCLAIMER FORM / BACKGROUND CRIMINAL INVESTIGATION CHECK

Full Name: _____ Maiden Name: _____
(PRINT First and Last)

Date of Birth: _____

RELIGIOUS: Priest ___ Deacon ___ Seminarian ___ Brother/Sister ___ Transitional Deacon ___ Deacon Candidate ___

EMPLOYEES ONLY: Principal/Administrator ___ Teacher ___ Substitute Teacher ___ Other Employee ___

VOLUNTEERS ONLY: *COACH* ___ Catholic Scouting ___ Other (specify) _____

SPECIFY LOCATION(S) WHERE YOU WORK OR VOLUNTEER IN THE DIOCESE ONLY:

PARISH: _____ City/Town: _____

SCHOOL: _____ City/Town: _____

AGENCY: _____ City/Town: _____

DISCLAIMER

I _____ hereby direct and authorize the Bureau of Criminal Identification and Investigation of the Office of the Attorney General for the State of Rhode Island to make available to the Diocese of Providence any State of Rhode Island criminal record, including a record of any State arrest, conviction, warrant, or a record of sexual offender registration, accessible by the Bureau of Criminal Identification and Investigation in reference to me. I hereby waive and release any and all manner of actions, cause of actions, and demands of every kind, nature and description, arising from any release of criminal records and requests therefrom, whatsoever against the State of Rhode Island, Bureau of Criminal Identification and Investigation, the Attorney General, and employees of the Office of the Attorney General in both law and equity which I may now have or in the future may have.

Signature of Applicant

Sworn to before me in the City of _____ State of _____ this _____ day of _____, 20____

Notary Public Commission Expires:

OC USE ONLY

Check No. _____

Received from: _____ Date received: _____

NOTE: LEGIBLE copy of **FRONT AND BACK** of government photo identification with date of birth must accompany this Disclaimer. (Examples – **license, passport, Governmental ID**) Please return disclaimers to your Parish, School or Agency.

FOR PARISH/SCHOOL/AGENCY: The cost is \$5.00 per disclaimer. Checks made payable to: **BCI NO PERSONAL CHECKS ACCEPTED**

Mail to: Office of Compliance, 80 St. Mary's Drive, Cranston, RI 02920



FORMULARIO DE INVESTIGACION DE ANTECEDENTES CRIMINALES

Nombre completo: _____ Apellido de soltera: _____
(Escriba en letra de molde)

Fecha de nacimiento: _____

RELIGIOSO: Sacerdote _____ Diácono _____ Seminarista _____ Hermano/A _____ Diácono Transitorio _____ Candidato Diácono _____

EMPLEADO SOLAMENTE: Director/Administrador _____ Maestro _____ Maestro Sustituto _____ Otros Empleados _____

VOLUNTARIOS SOLAMENTE: Entrenador _____ Exploradores Católicos _____ Otros (especifique) _____

ESPECIFIQUE LOS LUGARES DONDE TRABAJA O ES VOLUNTARIO EN LA DIOCESIS SOLAMENTE:

PARROQUIA: _____ Ciudad: _____

ESCUELA: _____ Ciudad: _____

AGENCIA: _____ Ciudad: _____

PERMISO

Yo _____ por la presente se dirige y autoriza a la Oficina de Identificación Criminal e Investigación del Procurador General del estado de Rhode Island para poner a disposición a _____ cualquier expediente criminal del estado de Rhode Island, incluyendo un registro de cualquier arresto estatal, condena, orden de detención o un antecedente de registro de delincuente sexual, que la Oficina de Identificación e Investigación Criminal tiene en archivo en referencia a mí. Por este medio renuncio y libero cualquier y toda clase de acciones, causas de acciones y demandas de todo tipo, naturaleza y descripción, que surjan de cualquier divulgación de antecedentes penales y solicitudes de los mismos, cualquiera que sea contra el Estado de Rhode Island, Oficina de Identificación e Investigación Criminal, el Fiscal General y los empleados de la Oficina del Procurador General en derecho y equidad que ahora puedo tener o en el futuro pueden tener.

Firma del solicitante

Bajo juramento ante mí en la ciudad de _____ Estado de _____ El día _____ de _____, 20____

Notario Público Permiso Vence:

Para uso de la Oficina únicamente
Nu. de Cheque _____

NOTA: COPIA ORIGINAL DEL FRENTE Y POR ATRAS de su identificación mostrando la fecha de nacimiento tiene que ir acompañada de este formulario. (Por ejemplo- licencia, pasaporte, o identificación del gobierno). Favor de devolverlo a su parroquia, escuela o agencia.

PARA PARROQUIA/ ESCUELA/ AGENCIA: El costo es \$5.00 por formulario. Los cheques deben hacerse a nombre de: BCI- NO SE ACEPTAN CHEQUES PERSONALES.

Envíe el formulario con papelería adjunta a: Office of Compliance, 80 St. Mary's Drive, Cranston, RI 02920