



MT. DIABLO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
JAMES W. DENT EDUCATION CENTER
1936 Carlotta Drive Concord, California 94519-1397
www.mdusd.org Phone: (925) 682-8000 Fax: (925) 676-4092

SOLICITUD PARA SERVICIO DE LIVESCAN - APLICACION A TRANSMITIR
REQUEST FOR LIVESCAN SERVICE - APPLICATION SUBMISSION

INFORMACION PARA LA APLICACION (APPLICATION INFORMATION)

Nombre (Name)
Apellido (Last) Primer Nombre (First) Segundo Nombre (Middle)

Alias/Apellido de Soltera (Alias/Maiden)

Nombre (Name)
Apellido (Last) Primer Nombre (First) Segundo Nombre (Middle)

Fecha de Nacimiento (Date of Birth)
Mes/Día/Año (Month/Date/Year)
Masculino(Male) o Femenino (Female)

Altura (Height) Peso (Weight)
Color de Ojos (Eye Color) Color de pelo (Hair Color)

Lugar de Nacimiento (Place of Birth):

Si nació en los Estados Unidos (If born within the United States):

Ciudad (City): Estado (State):

Si nació fuera de los Estados Unidos (If born outside the United States):

Ciudad (City): Estado (State): Condado (Country):

Ciudadania (Country of Citizenship): Documentos (Documented): Si(Yes) No

Número de Seguro Social:

(S.S. #) [Grid for Social Security Number]

Número de Licencia de Conducir de CA:

(CA Driver's Lic.) #

Dirección (Street Address):

Ciudad (City): Estado (State): Código Postal (Zip Code):

Número de años viviendo en California (Number of Years in CA) Teléfono: ( )

\* SI ES MENOS DE 1 AÑO, SE REQUIEREN LOS DOS DOJ Y FBI \*

Título en MDUSD (Job Title): VOLUNTARIO Escuela a participar(School Site):

Para Uso de la Oficina solamente (District Personnel Use Only):

ORI: A1160

Level of Service Requested: [X] D.O.J. [ ] F.B.I.

Type of Application: [ ] Employment [ ] License/Permit [ ] Certification [X] Volunteer

Email Code: [ ] 03205 Certificated [ ] 03226 Classified [X] 03226 Volunteer

Operator Name

Person Requesting Clearance

Transmittal Date

ATI #: \_\_\_\_\_

Re-Submittal Date

R2 ATI # \_\_\_\_\_

Date of D.O.J. Response