

**Solicitud de servicios de escaneo de tarjeta del Estado de Nueva York
Formulario de información**

Escriba con letra clara y de imprenta

Sección correspondiente a la agencia contribuidora:

Nro. ORI: NY001285Y Agencia contribuidora: Procesamiento de consultor/contratista de la División de Servicios de Justicia Penal [Division of Criminal Justice Services, DCJS] del Estado de Nueva York

Tipo de trabajo o licencia: **Consultor/Contratista II de la DCJS**

Número de Id. de la agencia: _____
(si fue asignado por el contribuidor)

Sección correspondiente al solicitante:

Presentación original Nueva presentación

Nombre del solicitante: Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo _____

Alias/Nombre de soltera: _____

Dirección postal: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masculino Femenino Raza: _____

Origen étnico: Hispanoamericano No hispanoamericano Altura: _____ pies _____ pulg. Peso: _____ lb.

Tono de la piel: _____ Color de los ojos: _____ Color del cabello: _____

Estado/País de nacimiento: _____ País de ciudadanía: _____

Sección de pago:

Las opciones de pago incluyen cheque personal o comercial, cheque certificado, cheque bancario, giro postal o tarjeta de crédito. Si paga con un cheque de terceros, escriba el nombre del solicitante en forma clara y en letra de imprenta en la parte superior del cheque.

Pagado mediante:

Cheque o giro postal (a nombre de L-1 Enrollment Services)

Número de cheque: _____

Visa Master Card American Express Discover

NOTA: La dirección de facturación de la tarjeta de crédito debe estar ubicada en EE.UU.

Número de tarjeta _____ Caduca: _____