

### NETSTUDY BACKGROUND CHECK AUTHORIZATION

Instructions: This section is to be completed by the applicant. Incomplete/ illegible applications will be returned.  
Instrucciones: Esta sección debe ser completada por el solicitante. Las solicitudes incompletas/ ilegibles serán devueltas.

<b>PROVIDE COMPLETE LEGAL NAME</b> <i>PROPORCIONE SU NOMBRE LEGAL COMPLETO</i>		
FIRST & MIDDLE NAME/ <i>PRIMER &amp; SEGUNDO NOMBRE</i>	LAST NAME/ <i>APELLIDO</i>	
CURRENT ADDRESS/ <i>DIRECCIÓN ACTUAL</i>	TELEPHONE NUMBER/ <i>NÚMERO DE TELÉFONO</i>	
CITY/ <i>CIUDAD</i>	STATE/ <i>ESTADO</i>	ZIP CODE/ <i>CODIGO POSTAL</i>
PREVIOUS ADDRESS (If lived in current address for less than 3 years)/ <i>DIRECCIÓN PREVIA (Si ha vivido en su dirección actual por menos de 3 años)</i>		
DATE OF BIRTH/ <i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	SOCIAL SECURITY NO./ <i>NUMERO DE SEGURO SOCIAL</i>	
<b>DRIVER'S LICENSE / ID NUMBER INFORMATION</b> <i>INFORMACIÓN DE NÚMERO DE LICENCIA/ IDENTIFICACIÓN</i>		
DRIVER'S LICENSE / ID NUMBER- <i>NÚMERO DE LICENCIA/ IDENTIFICACIÓN</i>	STATE/ <i>ESTADO</i>	
<b>OTHER NAMES YOU HAVE BEEN KNOWN BY. LIST ALL COMBINATIONS OF NAMES</b> <i>OTROS NOMBRES POR LOS CUALES USTED ES CONOCIDO. LISTE TODAS LAS COMBINACIONES DE NOMBRES</i>		
LAST NAME(S)/ <i>APELLIDO(S)</i>	FIRST NAME(S)/ <i>PRIMER NOMBRE(S)</i>	MIDDLE NAME(S)/ <i>SEGUNDO NOMBRE(S)</i>
<b>OPTIONAL- Please check the category which identifies your race/ethnic background</b> <i>OPCIONAL (Por favor marque la categoría que identifica su raza/ origen étnico)</i>		
<input type="checkbox"/> White/ <i>Blanco</i>	<input type="checkbox"/> African American / <i>Afroamericano</i>	<input type="checkbox"/> Hispanic/ <i>Hispano</i>
<input type="checkbox"/> American Indian/ Alaska Native- <i>Indio Americano/ Nativo de Alaska</i>	<input type="checkbox"/> Asian/ <i>Asiático</i>	
<b>CERTIFICATION AND AUTHORIZATION</b> <i>CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN</i>		
<p>I hereby authorize Life Fountain Home Healthcare, Inc to conduct a background check for employment purposes. In addition, I certify that all statements on this form are true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that my employment with Life Fountain Home Healthcare, Inc depends upon successful completion of a criminal background investigation. If employed, I understand that any falsification, misrepresentation or omission of facts of the information provided may be considered grounds for disqualification, release or dismissal.</p> <p><i>Por la presente yo autorizo a Life Fountain Home Healthcare, Inc a llevar a cabo una verificación de antecedentes penales para fines de empleo. Además, yo certifico que todas las declaraciones en este formulario son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Yo entiendo que mi empleo con Life Fountain Home Healthcare, Inc depende del resultado exitoso de una investigación de antecedentes penales. Si soy contratado, entiendo que cualquier falsificación, tergiversación u omisión de hechos de la información proporcionada puede ser considerado motivo der descalificación, liberación o despido.</i></p>		
Signature/ <i>Firma</i> _____		Date/ <i>Fecha</i> _____