

**Solicitud de servicios del sistema de toma de huellas dactilares L-1 Cardscan
Programa de Revisión de Registros de la División de Servicios de Justicia Penal (DCJS)
del Estado de Nueva York
Escriba con letra clara y de imprenta.**

Instrucciones para el solicitante. Llene este formulario y envíe por correo la tarjeta completa con las huellas dactilares y el pago requerido a la dirección de L-1 Identity Solutions que se indica debajo:

NO DOBLE LA TARJETA AL ENVIARLA POR CORREO
ES NECESARIO QUE USE LA TARJETA ADJUNTA PARA ASEGURAR SU CORRECTO PROCESAMIENTO

L-1 ESD/LIVESCAN PROCESSING UNIT
1650 WABASH AVE, SUITE D
ATT: CARDSKAN DEPT
SPRINGFIELD, ILLINOIS, 62704

Sección correspondiente a la agencia contribuidora:

Nro. ORI: NYDCJSPRY Agencia contribuidora: Programa de Revisión de Registros de la División de Servicios de Justicia Penal [Division of Criminal Justice Services, DCJS]

Sección correspondiente al solicitante:

Presentación original Nueva presentación

Propósito de la toma de huellas dactilares (opcional): _____

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

*Alias/Nombre de soltera: _____

*Dirección postal actual: _____ Apartamento/Edificio: _____

*Ciudad: _____ *Estado _____ *Código postal: _____

País _____

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

Origen étnico: Hispanoam. No hispanoam. Desconocido Altura: _____ pies _____ pulg. Peso: _____ lb.

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

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

*Contacto principal: Teléfono (y/o) _____ Dirección de correo electrónico _____

***Campos obligatorios**

PARA QUE SE ENVÍE LA RESPUESTA DE REVISIÓN DE REGISTROS A UN ABOGADO, MARQUE LA CASILLA Y PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

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

Dirección postal actual: _____ Oficina/Piso _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Sección de pago:

Las opciones de pago incluyen cheque personal o comercial, cheque certificado, cheque bancario o giro postal a nombre de "L-1 Enrollment Services" por \$60.75 dólares o tarjeta de crédito. **La tarjeta de crédito debe ser facturada a una dirección estadounidense.**

Pagado mediante:

Cheque o giro postal Número de cheque _____

Visa Master Card American Express Discover

Número de tarjeta _____ Caduca _____