



Helping Hands Training and Consulting
Ph: (786) 534-4483 **Fax:** (786) 605-1136
Address: 1840 W 49TH St #723, Hialeah FL 33012
Email: info@helpinghandstc.com

LIVESCAN FINGERPRINTING FORM

Applicant Information

First Name: _____ Middle Name: _____
Last Name: _____
Date of Birth: _____ (MM/DD/YYYY)
SSN: _____ - _____ - _____ Country of Birth: _____
Home Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Phone #: _____ Email: _____

Demographics

Sex: ☐ Female ☐ Male
Race: ☐ White ☐ Black ☐ American Indian/Alaskan Native ☐ Pacific Islander/Asian ☐ Unknown
Hair Color: ☐ Brown ☐ Black ☐ Blonde ☐ Gray ☐ Red ☐ Other: _____
Eye Color: ☐ Brown ☐ Blue ☐ Green ☐ Hazel ☐ Gray ☐ Red ☐ Multi-Colored
Height: _____ Feet _____ Inches
Weight: _____ Pounds

Who referred you to us?

☐ Google ☐ Instagram ☐ Facebook ☐ Person: _____
☐ Company: _____

Disclaimer:

By proceeding with the Livescan fingerprinting service, you acknowledge and agree that all personal information and data you provide are accurate and complete to the best of your knowledge. Helping Hands Training and Consulting assumes no responsibility for any errors, omissions, or inaccuracies in the information supplied. It is solely the responsibility of the individual or requesting agency to ensure that all details are correct before and after the fingerprinting process. Any consequences or damages resulting from the submission of incorrect or incomplete information are the sole responsibility of the individual or agency providing the data.

Signature

Date



Helping Hands Training and Consulting
Ph: (786) 534-4483 **Fax:** (786) 605-1136
Address: 1840 W 49TH St #723, Hialeah FL 33012
Email: info@helpinghandstc.com

FORMULARIO DE HUELLAS DACTILARES LIVESCAN

Información del Solicitante

Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: _____ (MM/DD/YYYY)
SSN: _____ - _____ - _____ País de Nacimiento: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono #: _____
Correo Electrónico: _____

Demographics

Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Raza: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Isleño del Pacífico/Asiático
☐ Desconocido
Color de Cabello: ☐ Marrón ☐ Negro ☐ Rubio ☐ Gris ☐ Rojo ☐ Otro: _____
Color de Ojos: ☐ Marrón ☐ Azul ☐ Verde ☐ Avellana ☐ Gris ☐ Rojo ☐ Multi-Color
Altura: _____ Pies _____ Pulgadas
Peso: _____ Libras

Quien te refirió a nosotros?

☐ Google ☐ Instagram ☐ Facebook ☐ Persona: _____
☐ Compañía: _____

Descargo de responsabilidad:

Al continuar con el servicio de huellas dactilares de Livescan, usted reconoce y acepta que toda la información y los datos personales que proporciona son precisos y completos a su leal saber y entender. [Nombre de la empresa] no asume ninguna responsabilidad por errores, omisiones o inexactitudes en la información proporcionada. Es responsabilidad exclusiva del individuo o agencia solicitante garantizar que todos los detalles sean correctos antes y después del proceso de toma de huellas dactilares. Cualquier consecuencia o daño resultante del envío de información incorrecta o incompleta es responsabilidad exclusiva de la persona o agencia que proporciona los datos.

Firma

Fecha