

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
 DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA  
 ADMINISTRACION DE FAMILIAS Y NIÑOS  
 CENTRO ESTATAL DE PROTECCION A MENORES  
 REGISTRO CENTRAL DE CASOS DE PROTECCION

**SOLICITUD DE BUSQUEDA DE ANTECEDENTES DE MALTRATO, MALTRATO INSTITUCIONAL,  
 NEGLIGENCIA Y NEGLIGENCIA INSTITUCIONAL**

**Parte I: Para ser Completada por la Agencia o el Individuo Solicitante**

Nombre de la Agencia o Individuo Solicitante	Apodo	
Dirección Postal		
1789 W. Jefferson St. 2nd Floor MD54F2, Phoenix, AZ 85007		
Dirección Residencial		
602-568-4656	602-542-8436	CCACentralRegistry@azdes.gov
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo Electrónico

**Propósito de la Búsqueda:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adopción          | <input type="checkbox"/> Adopción Privada          | <input type="checkbox"/> Comunidad                 |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Sustituto | <input type="checkbox"/> Patrono                   | <input type="checkbox"/> Otros: Especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Licenciamiento    | <input type="checkbox"/> Servicios Interagenciales |  |

**Parte II: Complete la Información sobre la Persona de Quien se Hace la Búsqueda de Antecedentes:**

**Datos de Identificación:**

Nombre	Inicial	Apellidos
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Edad	Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Número de Seguro Social: XXX-XX-_____		Estatus Civil: _____

**Dirección de los Últimos Cinco (5) Años:**

Direcciones (Comenzando con la más reciente. Identifique Barrio, Sector, Urbanización, Núm. Calle, Número de Apartamento)	Desde Día-Mes-Año	Hasta Día-Mes-Año
Dirección 1:		
Dirección 2:		
Dirección 3:		
Dirección 4:		
Dirección 5:		

Ocupación del Solicitante: \_\_\_\_\_ Lugar Actual de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Lugar Anterior de Trabajo: \_\_\_\_\_

¿Ha trabajado en alguna institución de servicios a menores?  Si  No Especifique

Centro de Cuido                       Hogar de Grupo                       Centro de Tratamiento a Menores

Albergue                                       Campamento                       Hogar de Crianza

Escuela Pública o Privada     Institución Juvenil                       Centros Residenciales de Rehabilitación  
(Adicción, Alcoholismo, Salud Mental y de Salud)

**Datos de Identificación de los Miembros del Núcleo Familiar Actual:** (Incluya nombres de: hijos/as propios/as, hijastros/as, hijos/as de crianza, aunque ya sean adultos/as y actualmente no vivan con usted)

Apellidos, Nombre (Adultos)	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo		Relación con el/la Solicitante
	Día	Mes	Año		M	F	
<b>Apellidos, Nombre (Menores de 18 Años de Edad)</b>							

**Datos de Identificación de los Miembros del Núcleo Familiar Anterior** (si aplica): (Incluya nombres de: esposas/os anteriores, hijos/as propios/as, hijastros/as, hijos/as de crianza, aunque actualmente no vivan con usted)

Apellidos, Nombre (Adultos)	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo		Relación con el/la Solicitante
	Día	Mes	Año		M	F	
<b>Apellidos, Nombre (Menores de 18 Años de Edad)</b>							

**Certificación y Consentimiento:**<sup>1</sup>

Certifico que la información contenida en este formulario, es correcta y autorizo al Centro Estatal, Registro Central de Casos de Protección a Menores, a realizar los procedimientos correspondientes, basados en mi información personal, para certificar el resultado de la búsqueda de antecedentes de Maltrato, Maltrato Institucional, Negligencia y Negligencia Institucional.

Nombre	Firma	Día-Mes-Año
Nombre de Testigo de Firma	Firma	Día-Mes-Año

Autorizo que el resultado de esta búsqueda sea notificado a la Agencia o Individuo Solicitante (Parte I de esta Forma).

Arizona Department of Economic Security

---

Nombre

P.O. Box 6123 MD 54F2

Phoenix, AZ 85005

---

Dirección

Nombre	Firma	Día-Mes- Año
--------	-------	--------------

LA/CMC/ldj  
11/2010

<sup>1</sup> Se utilizará testigo de firma o marca cuando se refiere a persona que no sabe leer ni escribir, no vidente, audio/impedido u otro que requiera asistencia para hacer la solicitud.