

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		
Dirección Residencial		
Número de Teléfono	Número de Fax	CCLUnit@dhhs.nh.gov 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:		

Certificación y Consentimiento:¹

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).

Mychelle Brown

Nombre
NH DHHS Child Care Licensing Unit

129 Pleasant Street

Concord, NH 03301

Dirección

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

LA/CMC/ldj
11/2010

¹ 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.