DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE VIRGINIA - SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL MENOR
FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y
PEDIDO DE BÚSQUEDA DEL REGISTRO CENTRAL

INSTRUCCIONES:

1. Escriba a máquina o **en tinta** en **letra de imprenta** legible. Indique **N/A** (No Aplica) si no corresponde. **LOS FORMULARIOS INCOMPLETO SERÁN DEVUELTOS**.
2. Presente un formulario individual para cada persona cuyo nombre deba ser buscado.
3. Suministre prueba de identidad y firme la Parte III en presencia de un Notario Público.
4. **Enclose una orden de pago por $5.00, cheque de la empresa o cheque comercial, o cheque de caja pagadero a: VIRGINIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES**
   (a menos que se descarte). NO ENVÍE EFECTIVO NO ENVÍE CHEQUES PERSONALES
5. Regrese el formulario completo y el arancel a: **Child Protective Services Central Registry Search**
   VIRGINIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
   7 N. Eighth Street, Fourth Floor
   Richmond, Virginia 23219-1849
6. **Los resultados de las búsquedas distribuidos fuera de la agencia o persona solicitante que se menciona más abajo, no son considerados ofici**

Parte I: PARA SER COMPLETADO POR LA AGENCIA O PERSONA SOLICITANTE

Nombre de la agencia o persona solicitante: _____ Código de la agencia:_____

Dirección:_____
Calle Ciudad Estado CÓDIGO POSTAL

Atención:_____No. teléfono: (____)_____

Motivo de búsqueda: Tutor o custodio____ Padre adoptivo____ Niñera/Guardería____ Centro de cuidado infantil_____
Personnel escolar____ Empleado institucional_____ Otro empleado____
Evaluación de custodia____ CASA_____ Voluntario_____ Otro____ (Explique)_____

Parte II: PARA SER COMPLETADA EN SU TOTALIDAD POR LA PERSONA CUYO NOMBRE SE ESTÁ BUSCANDO

Información de identificación: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE COMPLETO NOMBRE DE NACIMIENTO O DE SOLTERO/A

_____ **Seguro social:** _____
SEXO RAZA FECHA DE NACIMIENTO APELLIDOS DE MATRIMONIOS ANTERIORES

Todos los nombres por los cuales se conoce a la persona:_____
(Apodos, apellidos de matrimonios anteriores)

Dirección actual: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL Fechas

Direcciones anteriores y fechas:_____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL Fechas

_____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL Fechas

Cónyuge actual: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE COMPLETO APELLIDO DE SOLTERO/A SEXO RAZA FECHA DE NACIMIENTO

Cónyuge anterior: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE COMPLETO APELLIDO DE SOLTERO/A SEXO RAZA FECHA DE NACIMIENTO

Nombres completos de todos los hijos (Incluya hijos adultos, hijastros, adoptivos y los que no viven con usted. Anexe otra hoja si es necesario)

_____ _____
APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC. APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC.

_____ _____
APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC. APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC.

_____ _____
APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC. APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC.

Parte III: CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA ENTREGAR INFORMACIÓN

Por la presente certifico que la información contenida en este formulario es verdadera, correcta y completa en la medida que tengo conocimiento. De conformidad con la Sección 2.1-382 del ***Código de Virginia***, autorizo a revelar la información personal acerca de mí, que obre en poder del Departamento de Servicios Sociales de Virginia o cualquier otro Departamento local de servicios sociales que esté vinculada a cualquier resolución de abuso o negligencia de menores probada en los que se me identifique como responsable de tal abuso o negligencia. He suministrado prueba de mi identidad al Notario Público antes de firmar este documento en su presencia.

_____

Firma

CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS

Ciudad/Condado de _____

Bienestar Público/Estado de _____

Doy fe que comparece ante mí en este día_____del mes de _____de 20_____

_____

Firma del Notario Público

Mi mandato vence: _____

RESULTADOS DEL REGISTRO CENTRAL

1. ____ Hasta el momento no nos ha sido posible determinar si la persona sobre la que se solicitó una búsqueda se encuentra inscrita en el Registro Central. Este formulario deberá ser devuelto con las siguientes preguntas respondidas:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Trabajador social: _____ Fecha: _____

2. ____ Basados en la información dada por los Departamentos locales de Servicios Sociales, hemos determinado que_____se encuentra inscrito en el Registro Central de Investigaciones sobre niños víctimas de abuso o negligencia probada con una resolución **PROBADA** de abuso o negligencia de menores. Para información más detallada, contacte a _____**Departamento de Servicios Sociales en:**

_____

Calle **Ciudad** **Estado** **Código postal** **Número telefónico**

Con referencia al **Caso, expediente o referencia de los Servicios de Protección al Menor #: _____.**

3. **____** A la fecha, la persona cuyo nombre era buscado NO ha sido identificada en el Registro Central de Investigaciones sobre niños víctimas de abuso o negligencia probada como un tutor imputado con resolución probada de abuso o negligencia de un menor.

Firma del trabajador social que completó la búsqueda: _____ Fecha: _____