REVISION DE LA LISTA CENTRAL DE PERSONAS CON ANTECEDENTES DE ABUSO DE NIÑOS PARA ESTABLECIMIENTOS CON LICENCIA DEL ESTADO

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING
CAREGIVER BACKGROUND CHECK BUREAU
744 P ST., MS 19-62
SACRAMENTO, CA 95814

Complete TODOS los espacios marcados con (✔)

Incluya $15.00 para cada revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños. (No hay exención para esta cuota.) Haga su cheque o giro pagadero a *"Department of Justice".*

NOTA: EL SOLICITANTE/PERSONA CON LICENCIA TIENE QUE ENVIAR ESTE FORMULARIO DIRECTAMENTE AL DEPARTMENTO DE JUSTICIA: *DEPARTMENT OF JUSTICE, P.O. BOX 903417, SACRAMENTO, CA 94203-4170.*

La ley requiere que hagamos una revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños para todas las personas que soliciten una licencia o que busquen empleo en un establecimiento - residencial o no - para el cuidado de niños. Las personas que tienen que presentar una tarjeta de huellas digitales para un establecimiento - residencial o no - para el cuidado de niños también tienen que llenar este formulario. Por favor, complete la información a continuación. La persona con licencia tiene la responsabilidad de presentar al Departamento de Justicia las tarjetas de huellas digitales y este formulario junto con las cuotas apropiadas.

ESCRIBA A MAQUINA O CON LETRA DE MOLDE ✔ FECHA EN QUE SE ENVIA _____

NOMBRE: APELLIDO NOMBRE NOMBRE QUE USA EN MEDIO
✔

FECHA DE NACIMIENTO — MES, DIA, AÑO: ✔

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: ✔

Enumere todos los otros nombres que usted ha usado alguna vez:

NOMBRE DE SOLTERA: ✔

NOMBRE/ALIAS:

NOMBRE/ALIAS: ✔

NOMBRE/ALIAS:

DIRECCION ACTUAL: CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL
✔

✔ ☐ **MASC.** ☐ **FEM.**

NUMERO DE TELEFONO DEL ESTABLECIMIENTO ✔

NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR ✔

✔ NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO: _____

✔ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

✔ DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

✔ OPCIONES DE PERSONAL

A ☐ ADMINISTRADOR/DIRECTOR DE UN ESTABLECIMIENTO

C ☐ MIEMBRO DE LA DIRECTIVA DE UNA CORPORACION

E ☐ EMPLEADO

F ☐ HOGAR CERTIFICADO (FFA*)

L ☐ PERSONA CON LICENCIA/SOLICITANTE

N ☐ RESIDENTE ADULTO QUE NO ES CLIENTE

P ☐ MIEMBRO (SOCIO) DE UNA SOCIEDAD

S ☐ ESPOSO(A) DE LA PERSONA CON LICENCIA (a menos que también se incluya como persona con licencia)

U ☐ NO SE SABE

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO (FOR LICENSING OFFICE USE ONLY)

FOR FOLLOW-UP ONLY

Original Date Sent_____ Date Re-sent_____

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA (FOR DEPARTMENT OF JUSTICE USE ONLY)

The result of a name search in the Child Abuse Central Index is as follows:

☐ The subject of the attached report **MAY** be the same as the subject of your inquiry.

☐ No record on the above listed person.

☐ Too many possible matches to identify. See attached listing.

*FFA *(Foster Family Agency)* es una oficina con licencia para aprobar hogares de crianza temporal.