

**PETICIÓN PARA UN REPORTE SOBRE EL ABUSO/DESCUIDO DE NIÑOS FUERA DEL ESTADO****DECRETO ADAM WALSH DE 2006 SOBRE LA PROTECCIÓN Y SEGURIDAD DE LOS NIÑOS**

Revisión adicional sobre el abuso/descuido de niños para las personas que han vivido fuera del Estado en los últimos cinco años. Complete un formulario para cada posible padre/madre de crianza temporal certificado o con licencia y para cada persona que tenga más de 18 años de edad que esté viviendo en el hogar de él/ella.

SÓLO PARA USO DEL PERSONAL DE LA CBCB\*

**REQUESTOR INFORMATION: FOR CBCB STAFF ONLY**

<b>DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES COMMUNITY CARE LICENSING CAREGIVER BACKGROUND CHECK BUREAU 744 P STREET, MS 9-15-62 SACRAMENTO, CA 95814</b>
---

NAME OF REQUESTOR	
FAX	TELEPHONE
EMAIL ADDRESS	

Además de la revisión de los antecedentes penales y la Lista Central de California de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños, cada posible padre/madre de crianza temporal certificado o con licencia y cada persona que tenga más de 18 años de edad que esté viviendo en el hogar de él/ella están sujetos a una revisión sobre el abuso/descuido de niños fuera del Estado si ha vivido fuera del Estado en los últimos cinco años. **Si usted ha vivido fuera del Estado en los últimos cinco (5) años, tiene que completar este formulario y firmar a continuación para autorizar la revisión del registro sobre el abuso/descuido de niños en ese estado para poder recibir una licencia o certificación, o un permiso para poder vivir en el hogar.**

**INFORMACIÓN QUE CONDUCE A LA IDENTIFICACIÓN (Por favor escriba la información a máquina o escriba claramente con letra de molde usando tinta.) La persona sobre la cual se pide la información tiene que completar y firmar la siguiente sección.**

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Apellido, nombre, nombre que usa en medio, Jr. (hijo), Sr. (padre), III)		NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL)		
NOMBRE DE SOLTERA	FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	ESTADO DE NACIMIENTO	SEXO	RAZA	
NOMBRE(S) SUPUESTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - Vea la declaración sobre la confidencialidad en la página 2.		NÚMERO/ESTADO DE LA LICENCIA DE MANEJAR		

**DIRECCIONES DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**

CALLE	CIUDAD	ESTADO	CALLE	CIUDAD	ESTADO

¿Alguna vez se ha comprobado algún reporte de que usted era culpable del abuso/descuido de niños en este estado o cualquier otro?

**SÍ** (Complete la sección a continuación.)  **NO** se ha comprobado ningún reporte de que yo era culpable del abuso/descuido de niños.

FECHA	CIUDAD	ESTADO	CONDADO	CIRCUNSTANCIAS (Adjunte una hoja por separado, si es necesario.)

La información que ha sido proporcionada es completa y correcta, según mi leal saber y entender. Entiendo que es en contra de la ley el retener o falsificar información que se requiere en este formulario. Le doy permiso al Departamento de Servicios Sociales de California para que se dirija al estado(s) y/o condado(s) mencionado antes para obtener cualquier y toda información que se necesite para procesar mi petición y le doy permiso para usar la información como la ley lo permita.

FIRMA DEL SOLICITANTE (Se tiene que usar tinta.)	FECHA
FIRMA DEL TESTIGO (Se tiene que usar tinta.)	FECHA

SÓLO PARA USO DEL ESTADO QUE RESPONDE

**RESPONDING STATE: (PLEASE RETURN BY FAX, MAIL OR EMAIL TO THE REQUESTOR LISTED ABOVE.)**

The result of a name search in the State Child Abuse/Neglect Registry is as follows:

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

REPORT DATE	REPORT NO.
LOCAL CONTACT	PHONE/FAX
<input type="checkbox"/> No record on the above listed person.	
<input type="checkbox"/> Too many possible matches to identify. See attached listing.	
CONTACT NAME	AGENCY
TELEPHONE	EMAIL

**DECLARACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD**

De acuerdo con el Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-579) y el Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (Sección 1798, y siguientes, del Código Civil), se da aviso de que se solicita el número de Seguro Social (SSN) en este formulario. El Departamento de Justicia de California usa el SSN de una persona como un número que conduce a su identificación. El proporcionar el SSN es voluntario. El no proporcionarlo pudiera demorar la tramitación de este formulario y la revisión de los antecedentes penales.

Para poder tener una licencia, o para trabajar o estar presente en un establecimiento con licencia, la ley requiere que usted complete una revisión de los antecedentes penales (Secciones 1522, 1568.09, 1569.17 y 1596.871 del Código de Salud y Seguridad). El Departamento creará un expediente sobre la revisión de sus antecedentes penales, el cual incluirá ciertos documentos, incluyendo la información que usted proporcione. Usted tiene el derecho de acceso a cierta documentación que contiene sus datos personales y que el Departamento mantiene (Sección 1798, y siguientes, del Código Civil). De acuerdo con el Decreto de California sobre Registros Públicos, el Departamento posiblemente tenga que proporcionar copias de algunos de los documentos en el expediente a miembros del público que los pidan, incluyendo reporteros de periódicos y televisión.

**NOTA: INFORMACIÓN IMPORTANTE**

Se requiere que el Departamento les diga a las personas que le pregunten, incluyendo la prensa, si alguien en un establecimiento con licencia tiene una exención con respecto a los antecedentes penales. El Departamento también tiene que decirles a las personas que le pregunten, el nombre de cualquier establecimiento con licencia donde haya una persona con licencia, un empleado, un residente, u otra persona que tenga una exención con respecto a los antecedentes penales.

Si usted tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor comuníquese con su oficina regional local de licenciamiento.