

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	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	
Apellidos, Nombre (Menores de 18 Años de Edad)							

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	
Apellidos, Nombre (Menores de 18 Años de Edad)							

--	--	--	--	--	--	--	--

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

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).

Nombre

Dirección

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

LA/CMC/Idj

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.