

**Propósito de la Búsqueda:**     Ley de Adam Walsh     Padre Adoptivo     Niñera/Guardería     CASA  
 Facilidad de Residencial de Niño     Evaluación de Custodia     Centro del Cuidado del Niño     Padres Temporales  
 Empleado Institucional     Otro Empleo     Personal Escolar     Voluntario     Otro

**Enviar resultados a la: Agencia, Individuo o Agente Autorizado Solicitando la búsqueda**

<b>Nombre :</b> OFC Community Education and Provider Services	<b>Código de Pago/FIP</b> (Asignado por OBI-CRU)   3018 <b>Mandatorio si ha sido asignado con un código de pago</b>
<b>Dirección :</b> 12011 Government Center Parkway 8th Floor	
<b>Ciudad :</b> Fairfax <b>Estado :</b> VA <b>Código postal :</b> 22035-1102	
<b>Nombre de contacto :</b> Jene Moore <b>Tel.# :</b> 703-324-8100 <b>ext.</b>	
<b>Correo Electronico:</b> Jene.Moore@Fairfaxcounty.gov	

**Parte I: SER COMPLETADO A SU TOTALIDAD POR EL INDIVIDUO QUE SERA BUSCADO**

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre Completo-No iniciales (Si es inicial especifique)		
Apellido de soltera	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)	Raza	
Número de Seguro Social	Número de Licencia o ID #	Otros Nombres usados (Sobre nombres, apodos etc.)		
Dirección Actual (Incluya numero de calle y/o # de Apt)	Ciudad	Estado	Código postal	

**DIRECCIONES ANTERIORES DEL APLICANTE**

Incluya numero de calle y /o Apt #	Ciudad	Estado	Código postal	De qué Fecha a qué Fecha (MM/YY) - (MM/YY)

**Estado actual**     Soltera/o     Casado/a     Divorciada/o     Viuda/o (Si está casado/a liste su cónyuge actual) Si a sido casado/a anteriormente liste todos los nombres de los conyugues anteriores. Si nunca a estado casado/a escriba 'NA'

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre Completo	Apellido de soltera	Raza	Sexo	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

**Nombre completo de los niños:**(Incluya hijos adultos, hijastros, hijos adoptivos y los que no viven con usted. Anexe otra hoja si es necesario)

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre Completo	Relación	Sexo	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	



**PARTE II: Certificación Y Consentimiento para liberación de 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 2.2-3806 del **Código de Virginia**, Yo autorizo Liberar la información personal sobre mí, que obre en poder del Departamento del Servicio Social 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 de la persona quien esta siendo buscada.**  
**(Firmar en la presencia de un notario)**

\_\_\_\_\_  
**Se requiere la firma de un padre o guardián para**  
**niños menores de 18 años.**

**Parte III: CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO DEL INDIVIDUO**

Ciudad / Condado de \_\_\_\_\_

Commonwealth / Estado de \_\_\_\_\_

Doy fe que comparece ante mi \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_, Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Notario Público**

\_\_\_\_\_  
**Número del Notario**

Mi Comisión vence: \_\_\_\_\_

**PARTE IV: Resultados - Ser completado por empleados del Registro Central solamente**

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. Por favor conteste las siguientes preguntas, este formulario deberá ser devuelto al Registro Central para que podamos hacer una determinación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Trabajador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ Basados en la información proporcionada por el Departamento local del Servicio Social, hemos determinado que: \_\_\_\_\_ se encuentra inscrito/a en el Registro Central de Investigaciones sobre niños víctimas de abuso o negligencia con una resolución PROBADA de abuso o negligencia de menores. Para más información detallada por favor llame al:

Departamento del Servicio Social en referencia al caso # \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_

Departamento del Servicio Social en referencia al caso # \_\_\_\_\_ Tel. # \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Hasta la fecha, basada en la información proporcionada cuyo nombre asido buscado NO es identificado en el Registro Central de Investigaciones sobre niños víctimas de abuso o negligencia de un menor.

Firma del trabajador Social que completó la búsqueda: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

OBI / Trabajador Social Solamente