Departamento de Servicios Sociales de Virginia/Servicios de Protección al Menor/Formulario de Solicitud de Información

Parte I: Lea las Instrucciones antes de llenar el formulario: Los formularios Incompletos Serán Devueltos.

1. Escriba a maquina o en tinta en letra de imprenta. Indique N/A si una pregunta no aplica
2. Presente un formulario individual para cada persona cuyo nombre deba ser buscado. MUST USE THIS FORM BEGINNING 12/19/2012
3. Suministre prueba de identidad y firme la parte **III** en presencia de un Notario Publico.
4. Por favor use **Segundo Nombres Completos – No use iniciales**
   Por favor llene todos los espacios.
   Si tiene alguna pregunta llame al 703-324-8100
5. Los resultados de las búsquedas distribuidos fuera de la agencia o personas solicitantes que se menciona abajo, no son considerados oficiales.

ENVIAR RESULTADOS DE LA BUSQUEDA A: Agencia, Individuo o Agente Autorizado

Nombre: **OFC Community Education and Provider Services**

Dirección: 12011 Government Center Parkway, 8th Floor

Ciudad: Fairfax **Estado:** VA **Código postal:** 22035-1102

Persona de Contacto **Catherine Sauer**

Teléfono de Contacto **703-324-8100**

Código de pago /FIP(Asignado por CPS)

3018

Mandatario para todas las agencias con código de pago.

Propósito de Búsqueda Marque una: ☐ Ley Adam Walsh ☐ Padre Adoptivo ☒ Niñera/ Guardería ☐ CASA ☐ Facilidad de Residencial de niños ☐ Evaluación de Custodia ☐ Centro de Cuidado Infantil ☐ Padres Temporales ☐ Empleado Institucional ☐ Otro Empleo ☐ Personal Escolar ☐ Voluntario ☐ Otro

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

Información de identificación para la persona buscada.

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre Completo – no iniciales (Si es inicial especifique)

Apellido de Soltera	Sexo ☐ M ☐ F	Raza	Fecha de Nacimiento MM/DD/YY	Numero de Seguro Social

Numero De Licencia	Otros nombres usados (Sobre nombres, Apodos)

Dirección Actual Completa	Ciudad Actual	Estado Actual	Numero de Código Postal Actual

Dirección Anterior Completa	Ciudad Anterior	Estado Anterior	Código Postal Anterior	Fecha de Residencia

Dirección Anterior Completa	Ciudad Anterior	Estado Anterior	Código Postal Anterior	Fecha de Residencia

CÓNYUGE ACTUAL ☐ **MARQUE EL CUADRO SI NO ESTA CASADA(O)**

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre Completo	Apellido de Soltera	Sexo ☐ M ☐ F	Raza	Fecha de Nacimiento MM/DD/YY

CÓNYUGES ANTERIORES ☐ **MARQUE EL CUADRO SI NO HA ESTADO CASADA(O) ANTERIORMENTE**

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre Completo	Apellido de Soltera	Sexo ☐ M ☐ F	Raza	Fecha de Nacimiento MM/DD/YY

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

Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre Completo	Sexo ☐ M ☐ F	Raza	Fecha de Nacimiento MM/DD/YY

Atrás

Departamento de Servicios Sociales de Virginia/Servicios de Protección al Menor/Formulario de Solicitud de Información.

Parte III: CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR 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 de la cual será verificada la búsqueda Firma de los padres (Si es menor de 17 años)

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

Ciudad / Condado de _____

Bienestar Público/Estado de _____

Doy fe que comparece ante mí _____ en este día_____ _____, 20 _____ ____

_____ _____

Firma del Notario Público **Numero de registro del Notario**

Mi comisión expira: _____

No escriba debajo de esta línea

Parte V: Resultados - Ser completado por empleados de OBI/ Registro Central Solamente.

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

_____

_____

_____

Trabajadora: _____ 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 _____caso #_____TEL #_____

Departamento del Servicio Social_____caso # _____TEL #_____

3. _____ Hasta la fecha, basada en la información proporcionada cuyo nombre ha sido 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