

SOLICITUD PARA UN INFORME DE SERVICIOS PROTECTORES PARA MENORES

Los informes de CPS tienen carácter confidencial y se podrán ser divulgados sólo a las personas y agencias autorizadas por ley (A.R.S. §§ 8-807 y 41-1959). Este formulario es para el uso de las personas quienes creen que se ha hecho un informe acerca de ellas. Los padres pueden pedir informes de parte de sus hijos, y los guardianes legales pueden pedir informes de parte del niño(a). Este formulario no se usará para divulgar otros tipos de información autorizada por ley. DES omitirá (redactará) datos como sean permitidos por la ley, incluso la identidad de quien hizo el informe. El solicitante del informe debe de proveer datos completos y exactos para facilite la búsqueda. **Usted debe autenticar su firma ante un notario o verificar su identidad. Envía el formulario autenticado por correo al Línea de auxilio para abuso infantil (050C-3), P.O. Box 44241, Phoenix, AZ 85064-4240;** o puede entregar el formulario llenado a su oficina local de CPS y se le enviará adelante a la Línea de auxilio para que puedan contestarlo. Guarde una copia del formulario para sus propios archivos. Se le proporcionará copias de cualquier informe a los que tiene derecho o se le notificará que no hay informes.

*DES le pide que usted provea su número de Seguro Social. No se requiere el número de Seguro Social a ser provisto por usted para obtener los archivos que busca usted. Sin embargo, el suministrar uno o más de estos números va a facilitar el emparejar de los archivos con el (los) individuo(s) correcto(s), si hay, en el sistema archivero electrónico de CPS.

*El formulario de solicitud para archivos que usted provee al CPS se mantendrá durante el plazo requerido por la ley estatal, pero solamente se compartirá(n) o se divulgará(n) el(los) número(s) de Seguro Social conforme a la ley o una orden judicial. Si usted no suministra uno o más número(s) de Seguro Social, conforme a petición, es posible que CPS no pueda identificar los archivos que usted busca.

NOMBRE DEL SOLICITANTE(<i>Apellido, nombre, Segundo inicial</i>)		FECHA DE NACIMIENTO	*NÚM DE SEG. SOC.
DOMICILIO DEL SOLICITANTE(<i>Num., calle, ciudad, estado, código postal</i>)		NUMERO DE TELEFONO DEL SOLICITANTE	
		Trabajo:	Casa:
DIRECCIÓN POSTAL DEL SOLICITANTE (SI ES DIFERENTE DE LO ARRIBA (<i>Num., calle, ciudad, estado, C P</i>))		FECHA(S) APROXIMADA(S) DEL INFORME(S) CPS	
NOMBRE DE LA VICTIMA MENOR DE EDAD	OTRAS FORMAS DE ESCRIBIR EL NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM SEG SOC
NOMBRE DE LA VICTIMA MENOR DE EDAD	OTRAS FORMAS DE ESCRIBIR EL NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM SEG SOC
NOMBRE DE LA VICTIMA MENOR DE EDAD	OTRAS FORMAS DE ESCRIBIR EL NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM SEG SOC
NOMBRE DE LA VICTIMA MENOR DE EDAD	OTRAS FORMAS DE ESCRIBIR EL NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM SEG SOC
NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO(A)	OTRAS FORMAS DE ESCRIBIR EL NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM SEG SOC
NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO(A)	OTRAS FORMAS DE ESCRIBIR EL NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM SEG SOC
NOMBRE DEL PADRE DEL NIÑO(A)	OTRAS FORMAS DE ESCRIBIR EL NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM SEG SOC
NOMBRE DEL PADRE DEL NIÑO(A)	OTRAS FORMAS DE ESCRIBIR EL NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚM SEG SOC
OTROS DATOS QUE PUEDAN AYUDAR A RECONOCER EL INFORME SOLICITADO			

Por la presente certifico que soy la persona señalada arriba, y que según mi mejor saber soy:

- un adulto objeto de un informe CPS
- padre/madre de un niño(a) objeto de un informe CPS
- guardián legal de un niño(a) objeto de un informe CPS (*tiene que incluir una copia de los documentos de tutela*)
- custodio legal de un niño(a) objeto de un informe CPS (*tiene que incluir una copia de los documentos de custodia*)

FIRMA DE LA PERSONA QUIEN SOLICITA EL INFORME	FECHA
-----------------------------------------------	-------

WITNESSED BY/TESTIGOS

STATE OF ARIZONA/*Estado de Arizona*)
) SS.
County of/*Condado de*)

_____, known to me or having been satisfactorily proven to be the person described in, and the executor of the foregoing instrument for the purpose therein contained, personally appeared before me on this _____ day of _____, 20_____.

(a quien conozco o que he probado satisfactoriamente ser la persona descrita arriba y el ejecutor del presente instrumento para los fines aquí expresado apareció personalmente ante mí el día _____ de _____, 20_____.)

(Signature of Notary Public / Firma del Notario Público) *(Date / Fecha)* *(My commission expires / Mi comisión expira)*

VERIFICATION BY CPS STAFF OF DRIVER'S LICENSE OR OTHER PICTURE IDENTIFICATION OF AN INDIVIDUAL WHO PRESENTS HIM/HERSELF PERSONALLY, AND A NOTARY PUBLIC IS UNAVAILABLE. / EL PERSONAL DE CPS PUEDE VERIFICAR EL CARNET U OTRA IDENTIFICACIÓN CON FOTO DE UN INDIVIDUO QUE APARECIÓ PERSONALMENTE Y NO ESTÁ DISPONIBLE UN NOTARIO PÚBLICO.

CPS Staff Person _____
Personal de CPS (Print Name / Escriba en letra de molde)

CPS Staff Person _____
Personal de CPS (Signature / Firma)

Type of Identification _____
Tipo de Identificación

Date _____
Fecha

(No escriba debajo de esta línea)

SOLO PARA EL USO DE LA AGENCIA

- No report found.
Note: Reports are deleted according to timeframes in A.R.S. § 8-804 or never existed
- Request for information is denied because requester is not entitled to it under A.R.S. § 8-807

Number of Reports Attached ____

Required redactions have been completed

(Print Name of Program Manager/Designee)

(Signature of Program Manager/Designee)

(Title Program Manager/Designee)

(Date)

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades ♦ Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, Comuníquese con la oficina; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.