

SOLICITUD PARA UN ARCHIVO DE SERVICIOS PROTECTORES PARA MENORES

Los informes y archivos de Servicios Protectores para Menores (CPS) tienen carácter confidencial y se podrán ser divulgados sólo a aquellas personas y agencias autorizadas por ley (A.R.S. §§ 8-807 y 41-1959). Un padre/madre, guardián, custodio, un niño/a, una persona sujeta de la información de CPS, un padre/madre adoptivo/a futuro/a, un padre/madre de crianza temporal, o un abogado quien representa a cualquiera de esas personas puede utilizar este formulario conforme a A.R.S. § 8-807. Usted debe autenticar su firma ante un notario o verificar su identidad. También usted debe proveer la documentación que muestra que usted tiene la autorización para obtener la información tal como, un orden judicial y /o una explicación de su conexión a los archivos y la razón por su petición. El Departamento de Seguridad Económica (DES) omitirá (redactará) la información a que usted no tiene derecho, incluso la identidad de quien hizo el informe y cualquier otra persona cuyo vida o seguridad se puede poner en peligro la divulgación de tal información. Usted debe de proveer datos completos y exactos para que se facilite la búsqueda y trámite de los archivos. Envía el formulario autenticado y la documentación requerida a su oficina de CPS local o usted puede entregar el formulario llenado y la documentación a su oficina de CPS local para que se pueda verificar su identidad.

*DES le pide que usted provea el nombre(s) y número(s) de Seguro Social de los padres del niño/a cuyos archivos usted busca. No se requiere que los números de Seguro Social sean provistos por usted para que usted obtenga los archivos. Sin embargo, el suministrar uno o más de estos números va a facilitar mucho 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>	RELACIÓN AL CASO <i>(Padre/madre, abogado, guardián, custodio, etc.)</i>
---	--

DIRECCIÓN <i>(Num., calle, ciudad, estado, código postal)</i>

Si los documentos pedidos se tratan del solicitante, también provea:

FECHA DE NACIMIENTO	*NÚM DE SEG. SOC.
---------------------	-------------------

NUMERO DE TELEFONO DE TRABAJO DEL SOLICITANTE	NUMERO DE TELEFONO DE CASA DEL SOLICITANTE
---	--

DOCUMENTOS PEDIDOS <i>(Especifique para que su petición se puede tramitar lo más rápido que sea posible)</i>
--

RAZÓN POR LA PETICIÓN <i>(Si esta petición es para un caso en el tribunal familiar, incluye el número del caso)</i>

NOMBRE DEL NIÑO/A(S) ENREDADO(S) <i>(Apellido, nombre de pila, S.I.)</i>	OTRAS FORMAS DE ESCRIBIR EL NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	*NÚM DE SEG. SOC.

NOMBRE DE LA MADRE DEL NIÑO(A) <i>(Apellido, Nombre de Pila, S.I.)</i>	FECHA DE NACIMIENTO	*NÚM DE SEG. SOC.
--	---------------------	-------------------

NOMBRE DEL PADRE DEL NIÑO(A) <i>(Apellido, Nombre de Pila, S.I.)</i>	FECHA DE NACIMIENTO	*NÚM DE SEG. SOC.
--	---------------------	-------------------

Yo certifico que soy la persona indicada arriba y he adjuntado la documentación que verifica mi conexión a los archivos. También entiendo que toda la información que reciba yo tiene carácter confidencial y no se divulgará la adicionalmente.

FIRMA DEL SOLICITANTE	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 quien ha 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 el nombre 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 records found.
Note: Records and files 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

- Mailed
- Picked UP

(Date Request Received)

(Preparer's Signature)

(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, llame al (602) 542-0220; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1.
Available in English at your local office.