

SOLICITUD DE BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES-PORTADA

Este documento y cualquier archivo transmitido con él son confidenciales y están destinados exclusivamente para el uso de la persona o entidad a la que se dirigen. Si recibió esta información por error, avísele al remitente y destruya la información. La información contenida en el registro central y cualquier archivo adjunto se usará como un factor para determinar las cualificaciones de las personas/agencias que solicitan contratos con este Estado, incluso los empleados del posible contratista, contratistas y subcontratistas para puestos que brindan servicios directos a niños o adultos vulnerables. **La información contenida en el registro central para la verificación de antecedentes y cualquier archivo adjunto es confidencial y no se divulgará ni compartirá más a fondo.**

LLENE TODOS LOS CAMPOS DE MANERA PRECISA Y LEGIBLE.

Nombre de la organización _____

Número de contrato de ADES/DAAS _____

Marque una: Posible contratista de ADES/DAAS Actual contratista de ADES/DAAS

Subcontratista al contratista de ADES/DAAS - Identifique al contratista de ADES/DAAS:

Número de seguimiento (*Debe proporcionar su número de seguimiento único, ya que se usará para identificar y darle seguimiento a este documento y las personas vinculadas a él.*): _____

Marque una: Nuevo contrato con ADES/DAAS Extensión de contrato con ADES/DAAS

Contratación como nuevo empleado

Teléfono del solicitante _____ Correo electrónico del solicitante _____

Dirección postal del solicitante (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de la persona autorizada para presentar una solicitud que acredite la presencia de un formulario de servicio directo firmado para cada solicitud _____

Firma del solicitante _____ Fecha de la solicitud _____

ENVÍE ESTA PORTADA Y FORMULARIO(S) DE SOLICITUD POR MEDIO DE UNA DE LAS SIGUIENTES MANERAS:

Correo electrónico (*protegido*) a: DAAS-CR@azdes.gov Indique el nombre de la organización en la línea de asunto.

Fax a: Central Registry Request al 602-542-6636

Los RESULTADOS de esta verificación se enviarán por:

- CORREO ELECTRÓNICO** a la dirección anterior indicando que una o más personas en la solicitud no pudieron procesarse con la información proporcionada. El firmante deberá responder a DAAS-CR@azdes.gov dentro de los 10 días hábiles con una declaración que verifique que la(s) persona(s) no está(n) proporcionando un servicio directo a un niño o adulto vulnerable; o
- CORREO ELECTRÓNICO** a la dirección anterior si todas las personas fueron absueltas por la verificación de antecedentes; o
- CORREO ELECTRÓNICO** a la dirección anterior con información acerca de las personas que tienen un antecedente de abuso o negligencia infantil corroborado en el registro central; y
- CORREO POSTAL** a la persona que tiene antecedentes corroborados en el registro central que la descalifica para proporcionar servicios directos a niño o adultos vulnerables que son clientes de ADES.

La información ilegible, imprecisa o incompleta en la portada o formulario de solicitud demorará la respuesta de ADES/DAAS.

SOLICITUD DE BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

(Todos los campos deben llenarse y la información debe ser precisa y legible.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA

Nombre _____ Alias (*Nombre usado previamente*) _____

NÚM. SEG. SOC. _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección postal (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

ADES/DAAS - INTERNAL USE ONLY (SEARCH RESULTS) - PARA USO INTERNO

Reports Yes No Number (*See attached document(s)*) _____

Date of Search _____ Name of Person Completing Search _____

Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA

Nombre _____ Alias (*Nombre usado previamente*) _____

NÚM. SEG. SOC. _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección postal (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

ADES/DAAS - INTERNAL USE ONLY (SEARCH RESULTS) - PARA USO INTERNO

Reports Yes No Number (*See attached document(s)*) _____

Date of Search _____ Name of Person Completing Search _____

Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA

Nombre _____ Alias (*Nombre usado previamente*) _____

NÚM. SEG. SOC. _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección postal (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

ADES/DAAS - INTERNAL USE ONLY (SEARCH RESULTS) - PARA USO INTERNO

Reports Yes No Number (*See attached document(s)*) _____

Date of Search _____ Name of Person Completing Search _____

Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA

Nombre _____ Alias (*Nombre usado previamente*) _____

NÚM. SEG. SOC. _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección postal (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

ADES/DAAS - INTERNAL USE ONLY (SEARCH RESULTS) - PARA USO INTERNO

Reports Yes No Number (*See attached document(s)*) _____

Date of Search _____ Name of Person Completing Search _____

Signature _____

Una persona queda descalificada para proporcionarle servicios a clientes de ADES en una posición de servicio directo si se le identifica como el sujeto del informe corroborado de cualquiera de los siguientes.

- 24** Muerte infantil debido a presunto abuso o negligencia, o muerte sospechosa
- 25** Lesiones que requieren tratamiento médico de emergencia
- 27** Niño de 24 meses de edad es sacudido (síndrome del bebé sacudido)
- 33** Afección no tratada que amenaza la vida, Bebé sin nombre (NN, por sus siglas en latín), FTT no orgánico
- 37** Daño inminente a un niño menor de seis (6) años debido a la falta de supervisión por parte del padre/cuidador
- 38** La negligencia ocasiona lesiones/enfermedades que requieren tratamiento médico de emergencia
- 39** Daño inminente al niño debido a riesgos de salud o seguridad en la exposición del ámbito a los elementos
- 40** Niños diagnosticados como suicidas por profesiones de salud mental, los padres rechazaron a que recibieran tratamiento
- 41** Evidencia física de abuso sexual denunciada por un médico o niño que denunció abuso sexual en los últimos siete días
- 42** Niño que informa de penetración vaginal o anal o contacto sexual oral en las últimas 72 horas y no ha sido examinado
- 43** Abandonado, ningún padre dispuesto a brindarle cuidado inmediato a un niño y el niño está con un cuidador incapaz ni dispuesto a cuidarlo ahora
- 45** Lesiones que requieren tratamiento médico
- 46** Lesión P3 a un niño menor de seis años
- 50** El ámbito de vida presenta riesgos para la salud o seguridad de un niño menor de seis años
- 51** Conducta sexual/lesión física entre niños debido a una supervisión inadecuada
- 54** Conducta sexual en los últimos 8-14 días
- 55** Niño diagnosticado por un profesional de salud mental con conducta consistente con el abuso emocional
- 56** Abandonado, ningún padre dispuesto a cuidar de un niño, el niño está con un cuidador incapaz ni dispuesto a cuidar al niño menos de una semana
- 66** Retrasos significativos en el desarrollo debido a negligencia
- 69** Intento de conducta sexual o conducta sexual, de 14 días a tres años o se desconoce la última vez que ocurrió
- 72** El padre, tutor o cuidador sugiere o incita al niño a participar en conducta sexual, sin tocar
- 76** Uso del niño por parte del padre, tutor o cuidador para obtener ganancias materiales
- 82** El padre, tutor o cuidador abusó sexualmente de un niño en el pasado, ahora en el hogar con un niño
- 83** Intento de conducta sexual o conducta sexual cuando la última vez que ocurrió es más de tres años
- 101** Muerte de un niño por negligencia
- 111** Muerte de un niño debido a abuso físico o muerte sospechosa
- 201** Abuso físico, de alto riesgo
- 202** Abuso físico, riesgo moderado
- 301** Negligencia, de alto riesgo
- 302** Negligencia, riesgo moderado
- 401** Abuso sexual, de alto riesgo
- 402** Abuso sexual, riesgo moderado
- 403** Abuso sexual, bajo riesgo
- 404** Abuso sexual, respuesta 4
- 501** Abuso emocional, de alto riesgo
- 502** Abuso emocional, riesgo moderado