

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
**SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL
 REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES**

Este documento y cualquier archivo enviado juntos son confidenciales y destinados solamente para el uso de la persona o entidad a quien son dirigidas. Si usted ha recibido ésta información en error, por favor notifique al remitente y destruya la información. Si usted ha recibido ésta información en error, por favor notifique al remitente y destruya la información. La información contenida en el Registro Central CHILDS del Arizona Department of Child Safety (Departamento de Seguridad de Niños, ADCS por sus siglas en inglés) y cualquier archivo adjunto se usarán como un factor para determinar las cualificaciones de las personas que solicitan contratos con este estado, incluso los empleados del contratista prospectivo, contratistas, y subcontratistas para la posiciones que proveen servicios directos a menores o adultos vulnerables. **La información contenida en el Registro Centra para Verificar Antecedentes y cualquier archivo adjunto son confidenciales y no serán adicionalmente difundidos o compartidos.**

POR FAVOR LLENE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN. Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.

Nombre del Oferente, Contratista, o Subcontratista (En letra de molde o a máquina)

Número de solicitud: _____	Número de contrato: _____
Número de seguimiento (<i>Usted tiene que proporcionar su número de seguimiento único. Este número se usará para identificar y seguir este documento y a las personas vinculadas al mismo.</i>): _____	Marque una: <input type="checkbox"/> Nuevo contrato <input type="checkbox"/> Extensión de contrato <input type="checkbox"/> Contratación de un nuevo empleado

Número telefónico _____ Correo electrónico _____

Dirección postal _____

Nombre de la persona autorizada para enviar la solicitud (*En letra de molde o a máquina*) _____

Firma del solicitante _____ Fecha de la solicitud _____

División del DES _____ Persona de contacto de la División _____

ENVIÉ SU SOLICITUD DEL REGISTRO CENTRAL LLENADA MEDIANTE UNO DE LOS MÉTODOS SIGUIENTES:

Correo electrónico (encriptado) a DCSCentralRegistry@azdcs.gov

Fax al (602) 265-3993

Los RESULTADOS de esta verificación se:

1. ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO a la dirección anterior para indicar que una o más personas en la solicitud no podrá ser procesada con la información proporcionada; o
2. ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO a la dirección anterior si todos los nombres han sido aprobados; o
3. ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO a la dirección anterior con información de las personas a quienes tiene denuncias corroboradas de abuso o negligencia infantil en el Registro Central; y
4. ENVIARÁN POR CORREO ELECTRÓNICO a la persona que tiene una denuncia corroborada en el Registro Central que lo descalifica de proporcionar servicios directos a clientes del ADES ya sean menores o adultos vulnerables.

Internal Use Only (Sólo para uso interno):

For Solicitations Only: DES Designated Staff (Office of Procurement): _____

For Contracts: Notify DES Designated Staff (Program): _____

Vea la última página para las declaraciones ADA/EOE/LEP/GINA

SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES
(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____ Códgo postal _____
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No Date of Search: _____
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____ Códgo postal _____
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No Date of Search: _____
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____ Códgo postal _____
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No Date of Search: _____
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES
(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____ Códgo postal _____
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No Date of Search: _____
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____ Códgo postal _____
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No Date of Search: _____
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____ Códgo postal _____
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No Date of Search: _____
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES
(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____ Códgo postal _____
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No Date of Search: _____
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____ Códgo postal _____
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No Date of Search: _____
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____ Códgo postal _____
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No Date of Search: _____
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES
(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No
Date of Search: _____	
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No
Date of Search: _____	
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No
Date of Search: _____	
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES
(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No
Date of Search: _____	
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No
Date of Search: _____	
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No
Date of Search: _____	
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES
(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No
Date of Search: _____	
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No
Date of Search: _____	
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
Nombre _____	Alias (Otros nombres usados) _____
Núm. Sec. Soc. _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección (Núm., Calle) _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: Yes	Number: _____ [See attached document(s)] No
Date of Search: _____	
Name of Person Completing Search _____	Signature _____

ACTOS DE INHABILITACIÓN

Una persona se inhabilita de proporcionar servicios a clientes del DES en una posición de servicio directo si él o ella son identificados como el sujeto de una denuncia confirmada por cualquiera de los siguientes actos.

24 Muerte infantil debido al supuesto abuso o negligencia, o una muerte sospechosa
25 Lesiones que requieren tratamiento médico de emergencia
27 Se sacudió a un bebé de 24 meses de edad (síndrome del niño sacudido)
33 El infante padece de una condición que amenaza la vida sin tratamiento o de la falta de crecimiento sin relación a una enfermedad
37 Daño inminente a un niño menor de seis (6) años de edad debido a la falta de supervisión por un padre o un encargado
38 Negligencia que resulta en una lesión o enfermedad que requiere tratamiento médico de emergencia
39 Daño inminente al menor debido a los riesgos de salud o seguridad en el entorno del hogar o por ser expuesto a los elementos
40 Un menor es diagnosticado como suicida por profesiones de salud mental, el padre no permitió tratamiento
41 Un doctor médico denuncia la evidencia física de abuso sexual o un menor denuncia el abuso sexual dentro de los últimos siete días
42 Un menor denuncia penetración vaginal o anal o contacto sexual oral dentro de las últimas 72 horas y no ha sido examinado
43 Abandonado, ningún padre está dispuesto a proporcionar cuidado inmediato de un menor y el menor está con un encargado que no es capaz ni dispuesto a proporcionar el cuidado ahora
45 Lesiones que pueden requerir tratamiento médico
46 Lesión P3 a un niño que tiene menos de seis años de edad
50 El entorno del hogar presenta riesgos de salud o seguridad a un niño que tiene menos de seis años de edad
51 Conducta sexual o lesión física entre menores debido a supervisión inadecuada
54 Conducta sexual dentro de los últimos 8 a 14 días
55 El menor es diagnosticado por un profesional de salud mental con conducta consistente con el abuso emocional
56 Abandonado, ningún padre está dispuesto a cuidar del menor, un encargado no está disponible ni dispuesto a cuidar del menor por menos de una semana
66 Retraso significativo en el desarrollo debido a la negligencia
69 Conducta sexual intentada o conducta sexual que ocurrió durante los últimos 14 días a tres años, sin conocerse la última vez que ocurrió
72 El padre, tutor o guardián propone o persuade al menor a participar en conducta sexual, sin tocar
76 Un padre, tutor o guardián usa al menor para tener una ganancia material
82 Un padre, tutor o guardián que anteriormente abusó sexualmente de un menor vive en el mismo hogar con el menor ahora
83 Conducta sexual intentada o conducta sexual que ocurrió por última vez hace más de tres años
101 Muerte de un menor debido a la negligencia
111 Muerte de un menor debido al abuso físico o muerte sospechosa
201 Abuso físico de alto riesgo
202 Abuso físico de riesgo moderado
301 Negligencia de alto riesgo
302 Negligencia de riesgo moderado
401 Abuso sexual de alto riesgo
402 Abuso sexual de riesgo moderado
403 Abuso sexual de bajo riesgo
404 Abuso sexual, respuesta 4
501 Abuso emocional de alto riesgo
502 Abuso emocional de riesgo moderado

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English online or at the local office.