

DENUNCIA DE AGRESIÓN SEXUAL O INCESTO

Caso (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Número de AZTECS _____

Dirección (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Buzón _____ Número D del trabajador _____

HEA ID _____ Fecha _____

Por la presente declaro que mi hijo(s) fue concebido como resultado de agresión sexual o incesto. Entiendo que mi reclamo se enviará a la Oficina de Investigaciones Especiales (OSI, por sus siglas en inglés). Autorizo al Departamento de Seguridad Económica a investigar todas las alegaciones de agresión sexual e incesto comunicándose con cualquier fuente necesaria para establecer mi elegibilidad para recibir asistencia.

Victima (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Fec. Nac. _____

Niño/a concebido como resultado de agresión sexual (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

Soc. Sec. No. _____ Fecha de nacimiento _____

Niño/a concebido como resultado de agresión sexual (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

Soc. Sec. No. _____ Fecha de nacimiento _____

Niño/a concebido como resultado de agresión sexual (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

Soc. Sec. No. _____ Fecha de nacimiento _____

INFORMACIÓN CONOCIDA ACERCA DEL PRESUNTO DELINCUENTE(S)

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

Núm. Seg. Soc. _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. de teléfono _____

Dirección (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

Núm. Seg. Soc. _____ Fecha de nacimiento _____ Núm. de teléfono _____

Dirección (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Indique fechas aproximadas/descripción de presunta agresión sexual o incesto.

¿Ha habido contacto previo con la policía con respecto a este asunto? Sí No

Proporcione documentación de apoyo, si está disponible.

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del cliente _____ Fecha _____

FOR AGENCY USE ONLY (SOLO PARA EL USO DE LA AGENCIA)

Worker's D-Number _____

Instrucciones para llenar FAA-0260A-S**DENUNCIA DE AGRESIÓN SEXUAL O INCESTO****A. Propósito.**

Proporcionar un método para que el padre o pariente que no es uno de los padres proporcione una declaración de que el niño fue concebido como resultado de abuso sexual o incesto.

B. Cómo llenar el formulario.

A llenarse por el cliente y firmarse por el trabajador de elegibilidad (EI).

C. Distribución.

La original a archivarse en el expediente del caso, una copia a OSI y una copia al cliente.

D. Retención.

A mantenerse en la sección permanente del registro del caso hasta que este se destruya.

El USDA es un proveedor y empleador con igualdad de oportunidades • Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de 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 el gerente de su 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