

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](mailto: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 _____ 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 _____

**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.

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