

DENUNCIA DE ABUSO O NEGLIGENCIA DE UN PADRE SOLTERO QUE ES MENOR DE EDAD

HEA plus App ID _____ Caso (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____

Número de Caso AZTECS _____ Domicilio (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono (*Incluya el código del lada*) _____

Por la presente afirmo que yo y/o mis hijos dependientes fuimos víctimas de abuso y/o negligencia mientras residíamos en el hogar de mis padres u otros adultos legalmente responsables. Entiendo que mi denuncia se enviará a los Departamento de Seguridad Infantil de Arizona para su investigación.

NOMBRES DE TODAS LAS VICTIMAS

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Fecha de nacimiento _____

INFORMACIÓN CONOCIDA SOBRE PERSONAS ABUSIVAS (PADRES U OTROS ADULTOS LEGALMENTE RESPONSABLES)

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono (*Incluya el código del lada*) _____

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección (*Núm., Calle*) _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono (*Incluya el código del lada*) _____

Proporcione fechas aproximadas/descripción del presunto abuso y/o negligencia mientras residía en el hogar de sus padres u otros adultos legalmente responsables.

¿Ha habido contacto previo con el Departamento de Seguridad Infantil de Arizona y/o la policía con respecto a este asunto? Sí No Proporcione documentación de respaldo, si está disponible.

¿Hay otros niños que residen en el hogar de los padres u otros adultos legalmente responsables? Sí No

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____ Fecha de nacimiento _____

Firma del participante _____ Fecha _____

Número D del trabajador _____ Buzón _____

DCS RESPONSE

Assigned to _____ Mail Drop _____ Phone Number *(Include Area Code)* _____
 Referred to Military Base Tribal Services Date Referred _____ Date Completed _____
 Investigation Findings Substantiated (SB) Undetermined (UD) Unsubstantiated (US)
 Additional Information SB UD US No Action Taken
 Routing: Original – DCS, Copy – case record, Copy – Participant

**Completion Instructions for FAA-0259A
 UNWED MINOR PARENT ABUSE/NEGLECT CLAIM**

- A. Purpose. To provide a method for the minor parent to provide information regarding allegations of abuse and/or neglect when living with the parent(s) or other legally responsible adult relative(s).
- B. Completion. To be completed by the participant and signed by the FAA Worker.
- C. Retention. To be retained in the permanent section of the case record until the record is destroyed.

Esta entidad es un proveedor que brinda 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