

REVISION DE LA LISTA CENTRAL DE PERSONAS CON ANTECEDENTES DE ABUSO DE NIÑOS PARA ESTABLECIMIENTOS CON LICENCIA DEL CONDADO

SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO DEL CONDADO

COUNTY LICENSING OFFICE ADDRESS STAMP

Complete **TODOS** los espacios marcados (✓)

Incluya \$15.00 para cada revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños. (No hay exención para esta cuota.) Haga su cheque o giro pagadero a nombre del "Department of Justice" (Departamento de Justicia).

NOTA: EL SOLICITANTE/PERSONA CON LICENCIA NO DEBE ENVIAR ESTE FORMULARIO DIRECTAMENTE AL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA

(Este formulario se tramitará a través de la oficina de licenciamiento del condado.)

La ley requiere que hagamos una revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños para todas las personas que soliciten una licencia o que busquen empleo en un establecimiento, residencial o no, para el cuidado de niños. Las personas que tienen que presentar huellas digitales para un establecimiento (residencial o no) para el cuidado de niños también tienen que llenar este formulario. Por favor, complete la información a continuación. La persona con licencia tiene la responsabilidad de presentar a la oficina de licenciamiento del condado las huellas digitales y este formulario junto con la cuota para el trámite de la revisión de la Lista Central de Personas con Antecedentes de Abuso de Niños.

ESCRIBA A MAQUINA O USE LETRA DE MOLDE

✓ FECHA EN QUE SE ENVIO _____

NOMBRE COMPLETO:	APELLIDO	NOMBRE	NOMBRE QUE SE USA EN MEDIO
✓			

Anote todos los nombres que usted ha usado alguna vez, tales como nombre de soltera o alias:

NOMBRE:	NOMBRE:
✓	
NOMBRE:	NOMBRE:
✓	

DOMICILIO ACTUAL:	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
✓				

<input type="checkbox"/> HOMBRE	<input type="checkbox"/> MUJER	ESTATURA ✓	PESO ✓	COLOR DE PELO ✓	COLOR DE OJOS ✓	NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR ✓

FECHA DE NACIMIENTO ✓	NUMERO DE SEGURO SOCIAL ✓
MES DIA AÑO	
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _ _ _

✓ NUMERO DEL ESTABLECIMIENTO: _____

✓ NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO: _____

✓ DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO: _____

CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
-------	--------	--------	---------------

**SOLO PARA USO DE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO (FOR LICENSING OFFICE USE ONLY)
NO LLENE NADA DE LO SIGUIENTE**

Date Sent _____ Date Re-sent _____

This is a recheck. See attached Criminal Record Report.

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE JUSTICIA (FOR DEPARTMENT OF JUSTICE USE ONLY)

The result of a name search in the Child Abuse Central Index is as follows:

- The subject of the attached report **MAY** be the same as the subject of your inquiry.
- No record on the above listed person.
- Too many possible matches to identify. See attached listing.