|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CSO-1036A-S (5-17) | ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY |  |

**SOLICITUD DE EXPEDIENTE DEL DCS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*NOMBRE DEL SOLICITANTE** | NÚM. DE TELÉFONO | | | NÚM. DE SEG. SOC. | | | FECHA DE NACIMIENTO |
| **\*DIRECCIÓN COMPLETA** | | | | CORREO ELECTRÓNICO *(Si corresponde)* | | | |
| **\*CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL** | | | NÚMERO(S) DE CASO O NÚMERO(S) DE INFORME DEL DCS | | | | |
| **NOMBRE DEL (DE LOS) MENOR(ES) *(Apellido, nombre, S.I.)*** | | **OTROS NOMBRES Y ORTOGRAFÍAS** | | | **FECHA DE NACIMIENTO** | **NÚM. DE SEG. SOC.** | |
|  | |  | | |  |  | |
|  | |  | | |  |  | |
|  | |  | | |  |  | |
|  | |  | | |  |  | |
| NOMBRE DEL PADRE O TUTOR DEL MENOR *(Apellido, nombre, S.I.)* | |  | | |  |  | |
| NOMBRE DEL PADRE O TUTOR DEL MENOR *(Apellido, nombre, S.I.)* | |  | | |  |  | |

*\****Si no se proporcionan su nombre y dirección COMPLETA, no se tramitará su solicitud.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Es esta solicitud para una cita ante una audiencia judicial? Sí  No | En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha? |  |

**Su relación con este caso:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Padre biológico  Padre adoptivo  Posible padre adoptivo  Tutor legal  Padre sustituto | | | |
| Abogado: ¿A quién representa? | |  | ¿Es su cliente un criminal? Sí  No |
| Otra *(especifique)*: |  | | |

**Razón por esta solicitud:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Procedimiento judicial: Tipo de procedimiento judicial: | |  | Número del expediente: |  |
| Expedientes personales | | | | |
| Otra *(explique)*: |  | | | |
| La A.R.S. §8-807 requiere que los expedientes sean necesarios para promover la seguridad, permanencia y el bienestar del menor. Si busca expedientes que incluyen información del menor, por favor, explique cómo esta solicitud satisface ese requisito. | | | | |
|  | | | | |

**¿Cuáles documentos solicita usted?** *(Permita un mínimo de 30 días para la tramitación)*

|  |  |
| --- | --- |
| Solamente un resumen del informe(s) del DCS (anteriormente conocidos como informes de la línea directa) | |
| Paquete de resumen del caso *(La solicitud incluye informes e investigación(es) del DCS informes del tribunal, planes de caso,*  *apuntes del caso)* | |
| Documento(s) específico(s): *(A continuación, indique lo que necesita* | |
|  | |
| Vea el reverso para las declaraciones de EOE/ADA/LEP/GINA.  CSO-1036A-S (5-17) | |
| **SECCIÓN DE CERTIFICACIÓN - REQUERIDO** |

*Los expedientes y archivos del Department of Child Safety (Departamento de Seguridad de Niños) son confidenciales y se pueden divulgar solamente a aquellas personas y agencias autorizadas por ley (A.R.S. §8-807, §8-807.01 y §41-1959). Un padre, tutor, custodio, un menor, una persona que sea el sujeto de información del DCS, un posible padre adoptivo, un padre sustituto, o un abogado que representa a cualquiera de estas personas pueden utilizar este formulario conforme a A.R.S. § 8-807. Un notario tiene que dar fe a su firma o tiene que verificar su identidad. Usted también tiene que proporcionar la documentación que verifique que tiene la autoridad para obtener la información, tal como una orden judicial y/o una explicación de su conexión a los expedientes y la razón por su solicitud. El Department of Child Safety tachará o censurará información a la que usted no tiene derecho, lo que incluye la identidad de la persona denunciante cuya vida o seguridad pueden ponerse en riesgo por la divulgación. Usted tiene que proporcionar información lo más completa y precisa que sea posible para facilitar una búsqueda de archivos y el trámite.*

Certifico que soy la persona indicada en esta solicitud. También entiendo que toda la información que recibo es confidencial y no se habrá de divulgar adicionalmente.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Firma del solicitante* |  | *Fecha* |  |
| **ANTE LA FE DE** | | | | |

STATE OF ARIZONA / ESTADO DE ARIZONA )

) SS.

County of / Condado de )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, known to me or having been satisfactorily proven to be the person described in, and the executor of the foregoing instrument for the purpose therein contained, personally appeared before me on this / a quien conozco o que ha comprobado satisfactoriamente ser la persona descrita en y el ejecutor del instrumento precedente para los fines aquí expresados, apareció personalmente ante mí el día \_\_\_\_\_\_\_ day of / de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 20\_\_\_.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Signature of Notary Public / Firma del Notario Público* |  | *Date / Fecha* |  | *My commission expires / Mi mandato expira* | |
| EL PERSONAL DEL DCS PUEDE VERIFICAR LA LICENCIA DE CONDUCIR U OTRA IDENTIFICACIÓN CON FOTO DE UNA PERSONA QUE SE PRESENTA PERSONALMENTE, Y NO ESTÁ DISPONIBLE UN NOTARIO PÚBLICO. | | | | |

**Representante del DCS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOMBRE (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE) | FIRMA | FECHA |

**Tipo de identificación presentada:**

|  |
| --- |
| ESPECIFIQUE |

**Envié el formulario certificado ante un notario por correo electrónico a:**

[**DCSRecordsRequest@azdcs.gov**](mailto:DCSRecordsRequest@azdcs.gov)

**Enviar su solicitud por correo electrónico le permite al DCS tramitar su solicitud de una manera más eficiente.**

**ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY**

**Centralized Records Coordination Unit  
Site Code C010-19**

**P.O. Box 6030**

**Phoenix, AZ 85005-6030**

**FAX a 833.889.7317**

Programa/Empleador que ofrece Igualdad de Oportunidades. El Departamento de Seguridad Infantil (DCS, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, genética, represalia o cualquier otro estatus protegido por las leyes federales, las leyes estatales o las regulaciones. Puede solicitar que se realicen los acomodos razonables para permitir que una persona con discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Para solicitar este documento en un formato alternativo o para obtener más información sobre esta política, comuníquese con su oficina local. Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. Puede solicitar ayuda con traducciones relacionadas con los servicios del DCS. Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DCS esta disponible a solicitud del cliente.