



ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY
SOLICITUD DE EXPEDIENTE DEL DCS

Información del solicitante

Nombre del solicitante		Fecha de Nacimiento	Otros Nombres Haya Usado
Dirección (nº, Calle)*		Número de Teléfono*	Número de Caso(s) o de Informes del Reporte del DCS (Cs#, As#, In#, Pi#, si lo sabe)
Ciudad*	Estado*	Código postal*	
Correo electrónico (*Requeridos para procesar)			

Tenga en cuenta:

No todos los registros están disponibles a través de DCS. Los registros se conservan de acuerdo con A.R.S. §41-151.12.



Si bien la Unidad de Registros tiene como objetivo procesar su solicitud de registros lo antes posible, algunas solicitudes son más complejas y pueden requerir tiempo adicional para procesarse.

Registros requeridos

- Solamente Mi Expediente
- Mi Expediente y el de Mi Hijo(a) Menor
- Soy abogada(o) y represento (proporcionar carta de representación)

Cliente

Número de Caso en la Corte | Día de Audiencia

Nombre del Menor**	Vínculo con el menor**	Fecha de nacimiento**	Otros nombres que usó

Tutor Legal de Menores**	Fecha de nacimiento**	Otros nombres que usó

**requerimientos para los expedientes de menores

Si usted no es el padre biológico del menor, por favor de proporcionar documentación del vínculo con el menor (noticia al proveedor o documentos de la corte sobre adopción o tutoría legal).

A.R.S. §8-807 REQUIRES THAT THE RECORDS BE NECESSARY TO PROMOTE THE SAFETY, PERMANENCY AND WELL-BEING OF THE CHILD.

Motivo de solicitud de registros: (Tarjeta de huellas digitales, archivo personal, terapia, número de caso judicial, etc.)**



ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY SOLICITUD DE EXPEDIENTE DEL DCS

Expediente que esta Solicitando

Únicamente la evaluación de la investigación DCS
Carta de cierre del caso DCS

Únicamente reporte DCS
Tiempo de custodia en DCS

Carta del veredicto DCS

Querimos tiempo adicional para proveer documentos: (no guardados en nuestra base de datos electrónica)

Documentos específicos _____

Archivos Médicos

Caso DCS en su totalidad.

Certificación

Los registros y archivos del Departamento de Seguridad Infantil son confidenciales y solo se pueden divulgar a aquellas personas y agencias autorizadas por la ley (A.R.S. §8-807, §8-807.01 y §41-1959). Este formulario puede ser utilizado por un padre, tutor, custodio, un niño, una persona que es objeto de información de DCS, un posible padre adoptivo, padre de crianza o un abogado que represente a cualquiera de estas personas de conformidad con A.R.S. §8-807. Su firma debe ser notariada o su identidad verificada. También debe proporcionar documentación que demuestre que está autorizado a obtener la información, como una orden judicial y/o una explicación de su conexión con los registros y el motivo de su solicitud. El Departamento de Seguridad Infantil tachará/eliminará la información a la que no tiene derecho, incluida la identidad de la persona que informa cuya vida o seguridad puede estar en peligro por la divulgación. Debe proporcionar información de la manera más completa y precisa posible para facilitar la búsqueda y el procesamiento de registros.

Certifico que soy la persona indicada para esta petición. Entiendo que cualquier información que reciba es confidencial, no para compartirla con personal no autorizado.

Firma del Solicitante.

Fecha

La petición para documentos no será procesada al menos que la verificación sea obtenida.

_____, known to me or having been satisfactorily proven to be the person described in, and the executor of the
Name of Requestor/Nombre de la (del) Solicitante

foregoing instrument for the purpose therein contained, personally appeared before me on this _____ day of _____, _____
Date Month Year

Notary Public/ Notaria Publica(o)

State | _____
County

My commission expires: _____
Commission Expiration Date

Subscribed and sworn or affirmed
and acknowledged before me this
____ day of _____, 20 ____
Day Month Year



Signature of Notary Public

Notary Stamp

Alternative Verification If Notary Public is not available, verification must be made by a DCS Staff Member. (Please include photocopy of Identification.)
Verificación alternativa Si no hay un notario público disponible, un miembro del personal de Dcs debe realizar la verificación. (Favor de incluir fotocopia de identificación.)

Type of Identification | _____
ID No.

DCS Representative Signature | _____
Printed Name _____ *Date* _____

Favor de proveer la verificación necesaria antes de enviar la forma a: dcsrecordsrequest@azdcs.gov

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.