

# Servicio directo Formulario para antecedentes en el Registro Central



**ARIZONA**  
**DEPARTMENT**  
*of* **CHILD SAFETY**

**Este formulario es para uso exclusivo de las agencias contratadas para dar la seguridad de la carta de las divisiones de AZDES que está abajo.**

**Solicitante/empleador:** Se le entrega este formulario porque usted solicitó un puesto que exige una búsqueda en los Registros de Abuso y Negligencia Infantil (CPS/CR) del Departamento de Seguridad Infantil (Department of Child Safety, DCS) de Arizona según la ley del estado de Arizona. Después de que su empleador envíe su información, se hará una búsqueda en el Registro Central para el Empleo del DCS. Toda la información en este formulario debe escribirse a máquina o en letra de molde. Los formularios a los que les falte información o que contengan información que no sea legible serán devueltos a la agencia solicitante.

**Empleadores:** Devuelva el formulario completo por correo electrónico seguro a [DESCANRegistryChecks@azdcs.gov](mailto:DESCANRegistryChecks@azdcs.gov) en el plazo de 5 días laborables después de la contratación. Para el asunto del correo electrónico, escriba su División de DES y el apellido, primer nombre de la persona para la que se hace la búsqueda. Ejemplo DDD Jones, Jane. Envíe un formulario por correo electrónico. Este formulario debe permanecer confidencial en el archivo del empleado y está sujeto a auditoría.

**Agencia, marque la división DES correspondiente de los apoyos de su agencia.**

Division of Developmental Disability (DDD)  
(División de Discapacidades del Desarrollo)

Division of Child Care (DCC)  
(División de Cuidado Infantil)

Division of Employment Rehabilitation Services (DERS)  
(División de Servicios de Rehabilitación para el Empleo)

Division of Adult and Aging Services (DAAS)  
(División de Servicios para Adultos y Personas Mayores)

Division of Community Assistance and Development (DCAD)  
(División de Asistencia y Desarrollo de la Comunidad)

Division of Arizona Early Intervention Program (AZEIP)  
(Programa de Intervención Temprana de la División de Arizona)

Office of Procurement (OP)  
(Oficina de Captación)

\_\_\_\_\_  
Contrato/oferta N.º (Obligatorio)

**Motivo de la verificación de antecedentes**

Nueva contratación

Recontratación

Voluntario

Anual

\_\_\_\_\_  
Puesto

\_\_\_\_\_  
Fecha Empleado

\_\_\_\_\_  
Contrato/oferta N.º (Obligatorio)

**Información sobre la agencia solicitante**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la agencia/proveedor

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante

\_\_\_\_\_  
Puesto

\_\_\_\_\_  
Dirección postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico (obligatorio para los resultados)

**Información sobre el solicitante**

\_\_\_\_\_  
Apellido

\_\_\_\_\_  
Primer nombre

\_\_\_\_\_  
Segundo nombre/Escriba sus iniciales

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Seguro Social N.º

\_\_\_\_\_  
Apellido de soltera

**Nombres anteriores, alias**

1

\_\_\_\_\_  
Apellido

\_\_\_\_\_  
Primer nombre

\_\_\_\_\_  
Segundo nombre/Escriba sus iniciales

2

\_\_\_\_\_  
Apellido

\_\_\_\_\_  
Primer nombre

\_\_\_\_\_  
Segundo nombre/Escriba sus iniciales

**Dirección actual**

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico del solicitante/empleado (obligatorio)

¿Ha vivido en su dirección actual por más de cinco (5) años? ..... Sí No

Si respondió no, historia de cinco (5) años de residencia.

1

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Fecha del

\_\_\_\_\_  
hasta

2

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Fecha del

\_\_\_\_\_  
hasta

3

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Fecha del

\_\_\_\_\_  
hasta

**Información sobre el solicitante ~ continúa**

¿Está usted actualmente sujeto a una investigación de abuso o negligencia infantil en Arizona, u otro estado o jurisdicción? ..... Sí No

¿Ha sido alguna vez sujeto de una investigación por abuso infantil o negligencia en Arizona, o en algún otro estado o jurisdicción que resultó en un fallo corroborado (que se determinó que sí ocurrió)? ..... Sí No

Si respondió Sí

¿Cuáles fueron las acusaciones?

¿Cuándo se hicieron las investigaciones?

¿En dónde se hicieron las investigaciones?

Si quiere dar más información, use el espacio provisto o adjunte documentación adicional.

**Declaración de certificación por el solicitante/empleador**

Firmando este formulario, autorizo al Departamento de Seguridad Infantil (Department of Child of Safety) a informar los resultados finales de cualquier investigación de abuso infantil del DCS a la agencia mencionada arriba. Declaro bajo pena de perjurio, que la información que di es verdadera, correcta y completa según mi leal saber y entender. Además, entiendo que dar información falsa o una falsa declaración intencional de la información en este formulario podría dar como resultado una medida disciplinaria. **No se aceptan firmas escritas a máquina.**

Firma del solicitante/empleador (pluma o firmas digitales con verificación digital)

Fecha

**Para uso exclusivo del registro central de DCS de Arizona**

**Resultados del Registro Central:** No se encontraron registros

Fecha de recepción de la solicitud

Nombre del personal que completa la búsqueda (escriba a máquina)

Nombre del personal que completa la búsqueda Firma

Fecha de la verificación

	N.º de registro	Código de acusación	Alegación Descripción	Reg. Cent. Excepción aprobada (SOLO se aplica a los resultados del Acto Descalificador)		Registro Central Exception Date
				Sí	No	
No califica						
No califica						
No califica						
No descalificador						
No descalificador						
No descalificador						
No descalificador						
No descalificador						



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.