



SOLICITUD PARA VERIFICACION DE REGISTRO DE ABUSO INFANTIL KBI/DCF PARA GUARDERIAS Y CENTROS DE CUIDADO RESIDENCIAL

Instrucciones: COMPLETE AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO. Todos los espacios en blanco deben ser completados; sin embargo, el número del seguro social es opcional. Los formularios incompletos serán devueltos. Si una persona no tiene un nombre de soltera u otro, escribe N/A. NO incluya a los niños o jóvenes a quienes usted proporciona servicios. **K.A.R. 28-4-125(c) requiere que el establecimiento guarde una copia del formulario completo en el archivo.**

Tipo de Establecimiento: Centro de Cuidado Infantil o Programas de Edad Escolar Agencia de Recursos y Referencias de Cuidado Infantil 24-Horas de Cuidado Residencial Incluyendo Cuidado de Familia de Crianza Temporal Agencia de Colocación de Niños

Nombre del Establecimiento exactamente COMO SE INDICA EN LA LICENCIA	Licencia #	Fecha (MM/DD/AAAA)
Dirección de la calle del Establecimiento	Ciudad	Código Postal
Nombre y apellido de la persona que está completando este formulario	Número de Teléfono	Correo Electrónico

I. Esta solicitud de verificación de antecedentes está siendo completada para cumplir con los requisitos (MARQUE SOLO UNA DE LAS TRES SIGUIENTES OPCIONES):

- Solicitud Inicial** (Nuevo Establecimiento, Mudanza, o Cambio de Propietario)
 Solicitud de Renovación
 Adición de una Nueva persona(s) que vive, trabaja, o es voluntaria en el establecimiento. La información proporcionada en este formulario es para incluir solo la información de identificación para la nueva persona(s)

II. Marque Si o No para cada pregunta de abajo con respecto a la(s) persona(s) que aparecen en este formulario. Si la respuesta es si, complete toda la información de la persona en esta sección.

La información proporcionada en este formulario es para incluir: **a usted mismo**; todas las otras personas de **10 años de edad y mayores** que viven en el establecimiento, y todas las personas que trabajan y/o son voluntarios en el establecimiento; todos los sustitutos y otros cuidadores y personal incluyendo personal de ayuda y apoyo.

Si	No		Nombre de la Persona	Fecha	Acción de la Corte del Condado y del Estado
		Tuvo un delito menor o condena por delito grave en contra de personas, un delito sexual o delitos que afectan a las relaciones familiares y los niños?			
		Tuvo una condena por delito grave bajo la ley uniforme de sustancias controladas?			
		Ha sido declarado (encontrado o declarado por algún tribunal) un ofensor, delincuente o malhechor juvenil?			
		Cometió abuso o negligencia física, mental o emocional o abuso sexual confirmado por el DCF?			
		Ha tenido un niño declarado por orden judicial ser privado o en necesidad de cuidado basado en alegaciones de abuso o negligencia física, mental o emocional o abuso sexual			
		Se le han cancelado derechos paternales?			

		Ha firmado un acuerdo de desviación que implique el abuso de menores o un delito sexual?			
		Ha sido declarado(a) como una persona discapacitada con necesidad de un tutor, cuidador, o ambos?			

