

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE VIRGINIA - SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL MENOR  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN Y  
PEDIDO DE BÚSQUEDA DEL REGISTRO CENTRAL**

**INSTRUCCIONES:**

1. Escriba a máquina o en tinta en letra de imprenta legible. Indique N/A (No Aplica) si no corresponde. **LOS FORMULARIOS INCOMPLETOS SERÁN DEVUELTOS.**
2. Presente un formulario individual para cada persona cuyo nombre deba ser buscado.
3. Suministre prueba de identidad y firme la Parte III en presencia de un Notario Público.
4. **Enclose una orden de pago por \$5.00, cheque de la empresa o cheque comercial, o cheque de caja pagadero a: VIRGINIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (a menos que se descarte).** **NO ENVÍE EFECTIVO NO ENVÍE CHEQUES PERSONALES**
5. Regrese el formulario completo y el arancel a: **Child Protective Services Central Registry Search  
VIRGINIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES  
7 N. Eighth Street, Fourth Floor  
Richmond, Virginia 23219-1849**
6. Los resultados de las búsquedas distribuidos fuera de la agencia o persona solicitante que se menciona más abajo, no son considerados oficiales.

**Parte I: PARA SER COMPLETADO POR LA AGENCIA O PERSONA SOLICITANTE**

Director of Child Protection & Safety  
Diocese of Arlington

Nombre de la agencia o persona solicitante: \_\_\_\_\_ Código de la agencia: A11854

Dirección: 200 N. Glebe Rd., Suite 914 Arlington VA 22203-3728  
Calle Ciudad Estado CÓDIGO POSTAL

Atención: Director of Child Protection & Safety No. teléfono: ( ) 703-841-3847

Motivo de búsqueda: Tutor o custodio \_\_\_\_\_ Padre adoptivo \_\_\_\_\_ Niñera/Guardería \_\_\_\_\_ Centro de cuidado infantil \_\_\_\_\_  
Personnel escolar \_\_\_\_\_ Empleado institucional \_\_\_\_\_ Otro empleado \_\_\_\_\_  
Evaluación de custodia \_\_\_\_\_ CASA \_\_\_\_\_ Voluntario \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ (Explique) \_\_\_\_\_

**Parte II: PARA SER COMPLETADA EN SU TOTALIDAD POR LA PERSONA CUYO NOMBRE SE ESTÁ BUSCANDO**

**Información de identificación:**

\_\_\_\_\_ APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE COMPLETO NOMBRE DE NACIMIENTO O DE SOLTERO/A

**Seguro social:** \_\_\_\_\_

SEXO RAZA FECHA DE NACIMIENTO APELLIDOS DE MATRIMONIOS ANTERIORES

**Todos los nombres por los cuales se conoce a la persona:** \_\_\_\_\_

(Apodos, apellidos de matrimonios anteriores)

**Dirección actual:** \_\_\_\_\_

CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL Fechas

**Direcciones anteriores y fechas:** \_\_\_\_\_

CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL Fechas

CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL Fechas

**Cónyuge actual:** \_\_\_\_\_

APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE COMPLETO APELLIDO DE SOLTERO/A SEXO RAZA FECHA DE NACIMIENTO

**Cónyuge anterior:** \_\_\_\_\_

APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE COMPLETO APELLIDO DE SOLTERO/A SEXO RAZA FECHA DE NACIMIENTO

**Nombres completos de todos los hijos** (Incluya hijos adultos, hijastros, adoptivos y los que no viven con usted. Anexe otra hoja si es necesario)

\_\_\_\_\_ APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC.

\_\_\_\_\_ APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC.

\_\_\_\_\_ APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC.

\_\_\_\_\_ APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC.

\_\_\_\_\_ APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC.

\_\_\_\_\_ APELLIDO NOMBRE 2do. NOMBRE COMP. SEXO RAZA FECHA NAC.

**Parte III: CERTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA ENTREGAR INFORMACIÓN**

Por la presente certifico que la información contenida en este formulario es verdadera, correcta y completa en la medida que tengo conocimiento. De conformidad con la Sección 2.1-382 del *Código de Virginia*, autorizo a revelar la información personal acerca de mí, que obre en poder del Departamento de Servicios Sociales de Virginia o cualquier otro Departamento local de servicios sociales que esté vinculada a cualquier resolución de abuso o negligencia de menores probada en los que se me identifique como responsable de tal abuso o negligencia. He suministrado prueba de mi identidad al Notario Público antes de firmar este documento en su presencia.

\_\_\_\_\_  
Firma

**CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS**

Ciudad/Condado de \_\_\_\_\_

Bienestar Público/Estado de \_\_\_\_\_

Doy fe que comparece ante mí en este día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

Mi mandato vence: \_\_\_\_\_

**RESULTADOS DEL REGISTRO CENTRAL**

1. \_\_\_\_ Hasta el momento no nos ha sido posible determinar si la persona sobre la que se solicitó una búsqueda se encuentra inscrita en el Registro Central. Este formulario deberá ser devuelto con las siguientes preguntas respondidas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Trabajador social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_ Basados en la información dada por los Departamentos locales de Servicios Sociales, hemos determinado que \_\_\_\_\_ se encuentra inscrito en el Registro Central de Investigaciones sobre niños víctimas de abuso o negligencia probada con una resolución **PROBADA** de abuso o negligencia de menores. Para información más detallada, contacte a \_\_\_\_\_ Departamento de Servicios Sociales en:

\_\_\_\_\_  
Calle                      Ciudad                      Estado                      Código postal                      Número telefónico  
Con referencia al Caso, expediente o referencia de los Servicios de Protección al Menor #: \_\_\_\_\_.

3. \_\_\_\_ A la fecha, la persona cuyo nombre era buscado NO ha sido identificada en el Registro Central de Investigaciones sobre niños víctimas de abuso o negligencia probada como un tutor imputado con resolución probada de abuso o negligencia de un menor.

Firma del trabajador social que completó la búsqueda: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_