

Je, (nom du demandeur) \_\_\_\_\_ autorise par la présente le ministère de l'Enfance et des Familles à effectuer des recherches dans ses dossiers et, le cas échéant, à demander des vérifications à l'extérieur de l'État, afin de déterminer si je figure ou non sur le registre central des personnes responsables d'abus et de négligence envers les enfants. Je comprends que ces informations peuvent être utilisées pour déterminer si je suis apte à (cocher une case) :

Emploi    Garde d'enfants    Bénévole    Stagiaire    Mentor    Autre

**Je dégage le ministère de l'Enfance et des Familles de toute responsabilité pour tout dommage que je pourrais subir en raison de la diffusion/utilisation de ces informations.**

Nom de l'agence (qui demande la vérification des antécédents)	À l'attention de :		
---	--------------------	--	--

Adresse : (N° et rue) :	Ville :	État :	Zip :
-------------------------	---------	--------	-------

**Je soumets les informations suivantes pour aider le Department of Children and Families dans sa recherche.**

Nom de famille du demandeur :	Prénom du demandeur :	Le milieu :	NAISSANCE :
-------------------------------	-----------------------	-------------	-------------

Adresse du demandeur : (N° et rue) :	Apt. #	Ville :	État :	Zip :	Date de début à l'adresse actuelle : (mm/jj/aaaa)
--------------------------------------	--------	---------	--------	-------	---

Énumérez toutes les adresses des demandeurs précédents au cours des cinq dernières années	Cochez si une feuille supplémentaire est nécessaire, et joignez-la				
---	--	--	--	--	--

Adresse (n° et rue) :	Apt. #	Ville :	État :	Zip :	Dates du : (mm/jj/aaaa)	Au (mm/jj/aaaa)

Autres noms que j'ai utilisés (y compris les noms préférés, le nom de jeune fille et les mariages antérieurs)	Cochez si une feuille supplémentaire est nécessaire, et joignez-la				
---	--	--	--	--	--

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :			

Noms de TOUS les enfants - biologiques/parentaux (y compris les enfants adultes dans ou hors du foyer)	Cochez si une feuille supplémentaire est nécessaire, et joignez-la				
--	--	--	--	--	--

Nom de famille :	Prénom :	Le milieu :	NAISSANCE :	Sexe :	
				Femme	Homme
				Femme	Homme
				Femme	Homme

This authorization will expire 180 days after the date of the signature

Signature du demandeur :	Date :
--------------------------	--------

Soumettre à <https://portal.dcf.ct.gov/Portal/Main/#dashboard>. Pour inscrire votre agence au portail, veuillez contacter [bgc.verification@ct.gov](mailto:bgc.verification@ct.gov).

Pour toute question ou assistance, veuillez contacter l'Unité de vérification des antécédents à l'adresse suivante [bgc.verification@ct.gov](mailto:bgc.verification@ct.gov).