

| | | | | | | | | |
|--|---------|-------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------|--|--------------------|------|
| Yo, (nombre del solicitante): _____ por medio del presente, autorizo al Departamento de Niños y Familias a investigar sus registros y, si corresponde, solicitar verificaciones fuera del estado, para determinar si figuro o no en el registro de personas responsables de abuso y negligencia infantil. Entiendo que esta información puede usarse para determinar mi idoneidad para (marque una): Empleo Guardería Voluntariado Pasantía Mentoría Otro | | | | | | | | |
| Eximo al Departamento de Niños y Familias de toda responsabilidad por cualquier daño en el que yo pudiera sufrir por la divulgación/el uso de esta información. | | | | | | | | |
| Nombre de la agencia (que solicita verificación de antecedentes) | | | | Atención: | | | | |
| Dirección: (N.º y calle): | | | | Ciudad: | Estado: | Código postal: | | |
| Proporcione la siguiente información para asistir al Departamento de Niños y Familias en su investigación. | | | | | | | | |
| Apellido del/de la solicitante: | | Nombre del/de la solicitante: | | Segundo nombre: | | Fecha de nacimiento: | | |
| Dirección del/de la solicitante: (N.º y calle): | | N.º de apartamento: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | Fecha de inicio en la dirección actual: (mm/dd/aaaa) | | |
| Indique todas las direcciones anteriores del/de la solicitante en los últimos cinco años Compruebe si se requiere una hoja adicional, y si está adjunta. | | | | | | | | |
| Dirección (n.º y calle): | | N.º de apartamento: | Ciudad: | Estado: | Código postal: | Fechas desde: (mm/dd/aaaa) | Hasta (mm/dd/aaaa) | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Otros nombres que he utilizado (incluso nombres preferidos, apellido de soltera y de matrimonios previos) Compruebe si se requiere una hoja adicional, y si está adjunta. | | | | | | | | |
| Apellido: | | Nombre: | | Segundo nombre: | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Nombres de TODOS los hijos: biológicos/hijastros (incluso hijos adultos que viven o no en el hogar) Compruebe si se requiere una hoja adicional, y si está adjunta. | | | | | | | | |
| Apellido: | Nombre: | | Segundo nombre: | | Fecha de nacimiento: | Sexo: | | |
| | | | | | | Femenino | Masculino | Otro |
| | | | | | | Femenino | Masculino | Otro |
| | | | | | | Femenino | Masculino | Otro |
| Esta autorización vencerá 180 días después de la fecha de la firma. | | | | | | | | |
| Firma del/de la solicitante: | | | | | | Fecha: | | |
| | | | | | | | | |
| Presentar en https://portal.dcf.ct.gov/Portal/Main/#dashboard . Para inscribir a su agencia en el portal, comuníquese con bgc.verification@ct.gov . Si tiene preguntas o desea apoyo, póngase en contacto con la Unidad de Comprobación de Antecedentes en bgc.verification@ct.gov . | | | | | | | | |