



|  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
|--|--|----------|-----------------------|-------------|--------------------|---|-------|---|-----------------|-------|
| <p><i>Je, (nom du demandeur) _____ autorise par la présente le Department of Children and Families (ministère de l'Enfance et des Familles) à rechercher dans ses dossiers toute information concernant les rapports, les conclusions, y compris les allégations fondées et non fondées et les protocoles, les dispositions, etc. relatifs à la maltraitance ou à la négligence d'un enfant dans lequel j'ai été nommé, et à les communiquer à l'agence mentionnée ci-dessous. Je comprends que ces informations ne seront utilisées que pour déterminer si je suis apte à être placé en famille d'accueil ou à être adopté par l'agence qui les soumet.</i></p> |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
| <b>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.</b>  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
| Nom de l'agence (qui demande la vérification des antécédents)  |  |          |                       |             | À l'attention de : |   |       |   |                 |       |
| Adresse : (N° et rue) :  |  |          |                       | Ville :     |                    | État :  |       | Zip :   |                 |       |
| <b>Je sou mets les informations suivantes pour aider le Department of Children and Families dans sa recherche. Le candidat est un employé du DCF</b>   |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
| 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) |                 |       |
| <b>Énumérez toutes les adresses des demandeurs précédents au cours des cinq dernières années</b>   |  |          |                       |             |                    | <b>Cochez si une feuille supplémentaire est nécessaire, et joignez-la</b> |       |   |                 |       |
| Adresse (n° et rue) :  |  |          | Apt. #                | Ville :     |                    | État :  | Zip : | Dates du : (mm/jj/aaaa)                           | Au (mm/jj/aaaa) |       |
|  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
|  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
|  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
| <b>Autres noms que j'ai utilisés (y compris les noms préférés, le nom de jeune fille et les mariages antérieurs)</b>   |  |          |                       |             |                    | <b>Cochez si une feuille supplémentaire est nécessaire, et joignez-la</b> |       |   |                 |       |
| Nom de famille :   |  |          | Prénom :              |             |                    | Deuxième prénom :   |       |   |                 |       |
|  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
|  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
|  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
| <b>Noms de TOUS les enfants - biologiques/parentaux (y compris les enfants adultes dans ou hors du foyer)</b>  |  |          |                       |             |                    | <b>Cochez si une feuille supplémentaire est nécessaire, et joignez-la</b> |       |   |                 |       |
| Nom de famille :   |  | Prénom : |                       | Le milieu : |                    | NAISSANCE :   |       | Sexe :  |                 |       |
|  |  |          |                       |             |                    |   |       | Femme   | Homme           | Autre |
|  |  |          |                       |             |                    |   |       | Femme   | Homme           | Autre |
|  |  |          |                       |             |                    |   |       | Femme   | Homme           | Autre |
| This authorization will expire 180 days after the date of the signature  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
| Signature du demandeur :   |  |          |                       |             |                    |   |       | Date :  |                 |       |
| Soumettre à <a href="https://portal.dcf.ct.gov/Portal/Main/#dashboard">https://portal.dcf.ct.gov/Portal/Main/#dashboard</a> . Pour inscrire votre agence au portail, veuillez contacter <a href="mailto:bgc.verification@ct.gov">bgc.verification@ct.gov</a> .   |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |
| Pour toute question ou assistance, veuillez contacter l'Unité de vérification des antécédents à l'adresse suivante <a href="mailto:bgc.verification@ct.gov">bgc.verification@ct.gov</a> .  |  |          |                       |             |                    |   |       |   |                 |       |