

<p><i>Yo, (Nombre del/de la solicitante):</i> _____ por medio del presente, autorizo al Departamento de Niños y Familias a investigar sus registros en busca de cualquier información concerniente a informes, sentencias, incluso acusaciones fundamentadas o no fundamentadas y los protocolos, las disposiciones, etc. relacionados con el abuso o negligencia infantil en los que se me mencione; y a divulgar dicha información a la agencia que se indica a continuación. Entiendo que esta información será usada únicamente para que la agencia que la presenta determine mi idoneidad para el cuidado tutelar o adopción.</p>							
<p>Eximo al Departamento de Niños y Familias de toda responsabilidad por cualquier daño que yo pudiera sufrir por la divulgación/el uso de esta información.</p>							
Nombre de la agencia (que solicita comprobación de antecedentes)				Atención:			
Dirección: (N.º y calle):			Ciudad:	Estado:	Código postal:		
<p>Proporciono la siguiente información para asistir al Departamento de Niños y Familias en su investigación. El/la solicitante es un empleado del DCF</p>							
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)	
<p>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.</p>							
Dirección (n.º y calle):		N.º de apartamento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Fechas desde: (mm/dd/aaaa)	Hasta (mm/dd/aaaa)
<p>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.</p>							
Apellido:		Nombre:			Segundo nombre:		
<p>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.</p>							
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Fecha de nacimiento:	Sexo:			
				Femenino	Masculino	Otro	
				Femenino	Masculino	Otro	
				Femenino	Masculino	Otro	
<p>Esta autorización vencerá 180 días después de la fecha de la firma.</p>							
Firma del/de la solicitante:					Fecha:		
<p>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.</p>							