

**SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL
 REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES**

Este documento y cualquier archivo enviado juntos son confidenciales y destinados solamente para el uso de la persona o entidad a quien son dirigidas. Si usted ha recibido ésta información en error, por favor notifique al remitente y destruya la información. La información contenida en el Registro Central del Arizona Department of Economic Security (Departamento de Seguridad Económica de Arizona), Servicios de Protección al Menor (CPS por sus siglas en inglés) y cualquier archivo adjunto serán usados como un factor para determinar las cualificaciones de las personas que solicitan contratos con este estado, incluye a empleados del contratista prospectivo, contratistas, y subcontratistas para la posiciones que proveen servicios directos a menores o adultos vulnerables. **La información contenida en el Registro Centra para Verificar Antecedentes y cualquier archivo adjunto son confidenciales y no serán adicionalmente difundidos o compartidos.**

POR FAVOR LLENE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN. Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.

Nombre del Oferente, Contratista, o Subcontratista (Escriba con letra de molde o a máquina)	
Número de Solicitud: ADES	Número de Contrato: ADES
Número de rastreo (<i>Usted debe de proveer su número de rastreo único. Este número será usado para identificar y rastrear este documento y a las personas vinculadas al mismo</i>):	Marque Uno: <input type="checkbox"/> Nuevo Contrato <input type="checkbox"/> Extensión de un Contrato
Número Telefónico	
Dirección de Correo	Correo Electrónico
Nombre de la persona autorizada para enviar la solicitud (Escriba con letra de molde o a máquina)	
Firma del solicitante	Fecha de la solicitud
División del DES	Persona de Contacto de la División

ENVÍE SU SOLICITUD LLENADA DEL REGISTRO CENTRAL POR MEDIO DE UNO DE LOS MÉTODOS SIGUIENTES:

Envíe por correo a:

DCYF Contracts Unit
 Attention: CENTRAL REGISTRY REQUEST
 Arizona Department of Economic Security
 1789 W. Jefferson Street, SITE CODE 940A
 Phoenix, AZ 85007

Envíe por fax a: CENTRAL REGISTRY REQUEST al 602-542-3330

Correo electrónico (cifrado) a DCYFCentralRegistryCheck@azdes.gov

Los RESULTADOS de esta verificación serán:

1. ENVIADOS POR CORREO ELECTRÓNICO a la dirección anterior para indicar que una o más personas en la solicitud no podrá ser procesada con la información proporcionada; o
2. ENVIADOS POR CORREO ELECTRÓNICO a la dirección anterior si todos los nombres han sido aprobados; o
3. ENVIADOS POR CORREO ELECTRÓNICO a la dirección anterior con información de las personas a quienes tiene denuncias corroboradas de abuso de menor o negligencia; y
4. ENVIADOS POR CORREO a la persona que tiene una denuncia corroborada en el Registro Central que le descalifique de proporcionar servicios directos a clientes de ADES ya sean menores o adultos vulnerables.

Internal Use Only (Sólo para uso interno):

For Solicitations Only: DES Designated Staff (Office of Procurement):

For Contracts: Notify DES Designated Staff (Program):

**SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL
REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES**

(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes	Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No
Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes	Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No
Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INDIVIDUAL'S INFORMATION	
NAME	ALIAS <i>(Previously used name(s))</i>
SOC. SEC. NO.	DATE OF BIRTH
ADDRESS <i>(No., Street, City, State, ZIP)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes	Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No
Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes	Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No
Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES

(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INDIVIDUAL'S INFORMATION	
NAME	ALIAS <i>(Previously used name(s))</i>
SOC. SEC. NO.	DATE OF BIRTH
ADDRESS <i>(No., Street, City, State, ZIP)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES

(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INDIVIDUAL'S INFORMATION	
NAME	ALIAS <i>(Previously used name(s))</i>
SOC. SEC. NO.	DATE OF BIRTH
ADDRESS <i>(No., Street, City, State, ZIP)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

**SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL
REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES**

(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INDIVIDUAL'S INFORMATION	
NAME	ALIAS <i>(Previously used name(s))</i>
SOC. SEC. NO.	DATE OF BIRTH
ADDRESS <i>(No., Street, City, State, ZIP)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES

(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INDIVIDUAL'S INFORMATION	
NAME	ALIAS <i>(Previously used name(s))</i>
SOC. SEC. NO.	DATE OF BIRTH
ADDRESS <i>(No., Street, City, State, ZIP)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

**SOLICITUD PARA LA BÚSQUEDA EN EL
REGISTRO CENTRAL CON OBJETIVO DE VERIFICAR ANTECEDENTES**

(Todos los campos tienen que ser llenados con exactitud y de manera clara.)

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INDIVIDUAL'S INFORMATION	
NAME	ALIAS <i>(Previously used name(s))</i>
SOC. SEC. NO.	DATE OF BIRTH
ADDRESS <i>(No., Street, City, State, ZIP)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

INFORMACIÓN DE LA PERSONA	
NOMBRE	ALIAS <i>(nombre(s) anteriormente usado(s))</i>
NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO
DOMICILIO <i>(Núm., Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</i>	
DES – INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO) (Search results)	
Reports: <input type="checkbox"/> Yes Number: <i>[See attached document(s)]</i> <input type="checkbox"/> No Date of Search:	
NAME OF PERSON COMPLETING SEARCH	SIGNATURE

ACTOS DE INHABILITACIÓN

Una persona se inhabilita de proveer servicios a clientes del DES en una posición de servicio directo si él o ella son identificados como el sujeto de una denuncia confirmada por cualquiera de los siguientes actos.

24 La muerte infantil debido al supuesto abuso o negligencia, o una muerte sospechosa
25 Lesiones que requieren tratamiento médico de emergencia
27 Se sacudió a un infante de 24 meses de edad (síndrome del niño sacudido)
33 El infante padece de una condición de salud que amenaza su vida que no ha sido tratada o de la falta de crecimiento sin relación a una enfermedad
37 Daño inminente a un menor que tiene menos de seis (6) años de edad debido a la falta de supervisión por un padre o un encargado
38 La negligencia resulta en una lesión o enfermedad que requiere tratamiento médico de emergencia
39 Daño inminente al menor debido a los riesgos de salud o seguridad en el ambiente del hogar o por ser expuesto a los elementos
40 El menor es diagnosticado como suicida por profesiones de salud mental, el padre no permite tratamiento
41 Un doctor médico denuncia la evidencia física de abuso sexual o un menor denuncia el abuso sexual dentro de los últimos siete días
42 Un menor reporta penetración vaginal o anal o contacto sexual oral dentro de las últimas 72 horas y no ha sido examinado
43 Abandono, ningún padre está dispuesto a proveer cuidado inmediato de un menor y el menor está con un encargado que no es capaz ni dispuesto a proveer cuidado ahora
45 Las lesiones pueden requerir tratamiento médico
46 Lesión P3 a un menor que tiene menos de seis años de edad
50 El ambiente en el hogar presenta riesgos de salud o seguridad a un menor que tiene menos de seis años de edad
51 Conducta sexual o lesión física entre menores debido a supervisión no adecuada
54 Conducta sexual dentro de los últimos 8 a 14 días
55 El menor es diagnosticado por un profesional de salud mental con conducta consistente con el abuso emocional
56 Abandono, ningún padre dispuesto a cuidar al menor, un encargado no disponible ni dispuesto a cuidar por menos de una semana a un menor
66 Significante retraso en el desarrollo debido a la negligencia
69 Conducta sexual intentada o conducta sexual que ocurrió durante los últimos 14 días a tres años, sin conocerse la última vez que ocurrió
72 El padre, tutor o guardián propone o persuade al menor a participar en conducta sexual, sin tocar
76 El padre, tutor o guardián usa al menor para tener una ganancia material
82 El padre, tutor o guardián que abusó sexualmente de un menor en el pasado, ahora vive en el mismo hogar con el menor
83 Conducta sexual intentada o conducta sexual que ocurrió por última vez hace más de tres años
101 La muerte de un menor debido a la negligencia
111 La muerte de un menor debido al supuesto abuso o negligencia, o muerte sospechosa
201 Abuso físico de alto riesgo
202 Abuso físico de riesgo moderado
301 Negligencia de alto riesgo
302 Negligencia de riesgo moderado
401 Abuso sexual de alto riesgo
402 Abuso sexual de riesgo moderado
403 Abuso sexual de bajo riesgo
404 Abuso sexual, respuesta 4
501 Abuso emocional de alto riesgo
502 Abuso emocional de riesgo moderado

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. Available in English on-line or at the local office.