

SOLICITUD PARA EL REGISTRO CENTRAL Y/O REGISTRO DE PERPETRADORES DE ABUSO INFANTIL
Portal en línea disponible en: <https://providerportal@dss.sc.gov>
Utilice los formularios DSS 2924 o 37201 para las solicitudes de Cuidado Infantil

I. Propósito de la solicitud (marque las que apliquen)

- A. Solicito que se realice una búsqueda en el Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil **Y** la base de datos del Departamento para casos de abuso y negligencia infantil por la razón de:
- Ser o seguir siendo un padre/madre de crianza temporal o un(a) posible padre/madre adoptivo(a).
 - Ser un adulto mayor de 18 años viviendo en un posible hogar de crianza temporal o adoptivo.
 - Afiliarme como empleado o voluntario para el Programa CASA del condado de Richland.
 - Afiliarme como empleado o voluntario del Departamento de Defensa de la Infancia de SC que incluye a: Continuum of Care; Junta de Revisión de Crianza Temporal y/o al programa de Tutores ad Litem de SC
 - Hogares de Grupo (albergues de emergencia, campamentos silvestres, institución de cuidado infantil)
- B. Solicito que se realice una búsqueda ÚNICAMENTE en el Registro central de perpetradores de abuso y negligencia infantil por la razón de:
- Afiliarme como empleado o voluntario para el Cuidado de Adultos
 - Otra: Por favor, explique/ _____

II. Por favor marque la casilla que aplique e incluya el pago correspondiente (Cheques o Giros solamente) ¡Solo le aplica una categoría!

- | | | | |
|--|----------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Entidades sin fines de lucro (CASA, etc.) | \$ 8.00 | <input type="checkbox"/> Cambio de Nombre | \$ 8.00 |
| <input type="checkbox"/> Entidades con fines de lucro | \$ 25.00 | <input type="checkbox"/> Crianza Temporal/Adopción | \$ 8.00 |
| <input type="checkbox"/> Agencias estatales | \$ 8.00 | <input type="checkbox"/> Investigaciones privadas de adopción | \$25.00 |
| <input type="checkbox"/> Escuelas | \$ 8.00 | <input type="checkbox"/> Instituciones de cuidado de adultos | \$ 8.00 |
| <input type="checkbox"/> Instituciones de cuidado en grupo | \$ 25.00 | <input type="checkbox"/> Otras (Solicitud de individuos, etc.) | \$ 8.00 |

III. Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona a buscar. Formularios incompletos o ilegibles no serán procesados.

Nombre Completo (sin iniciales): _____ Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellidos FDN: _____ Género: _____ Raza: _____

Nombre de Soltera/Alias: _____ Número de Seguro Social completo: _____

Lugar de nacimiento: _____

Dirección Actual: _____ Dirección(es) anterior(es): _____

IV. Enviar los resultados a:

Nombre: _____ ATTE: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Cuidad/Estado/Código Postal: _____ Email: _____

V. Por la presente, autorizo al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (SCDSS) a hacer una búsqueda de sus archivos para determinar si contienen información de que yo he sido perpetrador(a) de daño a un menor y compartir esta información con el individuo u organización mencionada anteriormente. Entiendo que es posible que la información que se divulgue sea desfavorable para mí. Estoy de acuerdo en eximir al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur y a sus empleados de toda responsabilidad con respecto a la divulgación de la información solicitada en este formulario. Si entiendo que la información no ha sido actualizada o es incorrecta, me comprometo a notificar inmediatamente al Departamento.

Por favor envíe el pago correspondiente (en cheque o giro) pagadero al Departamento de Servicios Sociales y remita junto al formulario para su procesamiento a: South Carolina Dept. of Social Services, **ATTN: Cashier**, 1535 Confederate Avenue, PO Box 1520, Columbia, SC 29202-1520.

Debe firmar ante un notario o un testigo.

_____ Firma del Solicitante	_____ Fecha	_____ Firma del Testigo	_____ Fecha
--------------------------------	----------------	----------------------------	----------------

VI. Resultados: ESTA SECCIÓN SOLO PUEDE SER COMPLETADA POR UN EMPLEADO AUTORIZADO DEL DSS.

- The name is not included as a perpetrator on the Central Registry of Child Abuse and Neglect.
- The request has been received. Additional research will be required to respond to the request. Thirty to Sixty days may be required. Please call _____ if you have any questions.
- The name is included as a perpetrator on the Central Registry of Child Abuse and Neglect.**
- The name is included as a perpetrator in the Department's database of records of child abuse and neglect cases. See attached correspondence.

_____ Authorized DSS Employee	_____ Date
----------------------------------	---------------

INSTRUCCIONES PARA EL FORMULARIO DSS 3072 – AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

POR FAVOR NO ALTERE EL FORMULARIO EN NINGUNA FORMA

SECCIÓN I: Propósito de la solicitud: Autorizar al Departamento de Servicios Sociales de DSS a realizar una buqueda del Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil y/o la base de datos del DSS y divulgar los resultados. Por favor indique el propósito de la búsqueda al marcar en el espacio indicado.

SECCIÓN II: Cargo del registro central: Por favor marque en la casilla del el cargo que aplique.

SECCIÓN III: Por favor escriba en letra de molde y complete la siguiente información:

- Nombre: Deletree su nombre en forma completa. Incluya su primer nombre, su segundo nombre y su apellido paterno. - NO ESCRIBA SUS INICIALES.
- Nombre de soltera/Nombre anterior/Alias: Liste su(s) nombre(s) o apellidos anteriores .
- Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año
- Género: (No necesita explicación)
- Raza: (No necesita explicación)
- Número de Seguro Social: Toda la información requerida en este formulario es necesaria a fin de realizar una búsqueda completa. Su número de Seguro Social se utilizará únicamente con el propósito esperado de realizar una búsqueda completa en el Registro central y la base de datos, y no se compartirá con otras personas fuera de la agencia o entidad indicadas.
- Lugar de nacimiento: Indique el nombre del estado en que usted nació.
- Dirección actual: Indique la dirección actual de su domicilio.
- Dirección anterior: Si usted vive hace menos de 7 años en su dirección actual, liste las otras direcciones, estados, países en los que ha vivido en los últimos siete años. Utilice una hoja adicional si es necesario.

SECCIÓN IV: Enviar resultados a: Por favor asegúrese de escribir en letra de imprenta o estampar con un sello la dirección de regreso en la sección de “ENVIAR LOS RESULTADOS POR CORREO A:” en este formulario. Por favor incluya el nombre y el número telefónico de la persona de contacto.

SECCIÓN V: Envíe su pago a nombre de Department of Social Services (DSS); incluya este formulario 3072 de Autorización para divulgar información, y un sobre predirigido con sello y envíelos por correo a:

**South Carolina Department of Social Services
Attention: CASHIER
1535 Confederate Avenue
P.O. Box 1520
Columbia, SC 29202-1520**

- Firma del solicitante: Se requiere la firma original del solicitante para realizar una única búsqueda en el Registro central de abuso y negligencia infantil y/o en la base de datos del DSS a fin de divulgar los resultados.
- Firma de un testigo o de un notario: La firma del solicitante debe ser certificada por un testigo o un notario antes de presentarse la solicitud.

Por favor llame al (803) 898-7318 extensión 4, si necesita asistencia completando este formulario.

After receipt by cashier and processing of payment, the Central Registry/DATA BASE check will be completed by authorized DSS personnel in the Division of Child Welfare Services.

DSS personnel in the Division of Child Welfare Services must do the following:

1. Conduct Central Registry check and/or Database search in accordance with Section I. A or B.
2. Check appropriate results box.
3. Sign and date form; Results are returned via online portal or envelope is stamped, “confidential” and mailed to the return address.

Distribution

Results of the search will be sent ONLY to the individual or organization specified in Section IV of this form.