

SOLICITUD DE REGISTRO CENTRAL Y/O VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES DE ABUSO INFANTIL

El portal en línea está disponible en <https://providerportal@dss.sc.gov>

Utilice los formularios DSS 2924 y 37201 para todas las Solicitudes de Cuidado Infantil

I. PROPÓSITO DE LA SOLICITUD

Seleccione solo una opción, ya sea de la sección A o de la sección B. No seleccione opciones de ambas secciones.

A. Solicito una búsqueda en el Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil Y en la base de datos del Departamento de registros de casos de abuso y negligencia infantil en relación con:

Convertirse en padre/madre de crianza temporal o adoptivo(a) potencial, o continuar siéndolo

Adultos mayores de 18 años que residen en un hogar de crianza temporal o adoptivo potencial

Convertirse en empleado(a) o voluntario(a) de Richland County CASA

Convertirse en empleado/a o voluntario/a del Departamento de Defensa de los Niños de Carolina del Sur

Instalación residencial (hogares grupales, albergues de emergencia, campamentos en áreas silvestres, instituciones de cuidado infantil, etc.)

Empleo

Voluntariado

Otros (especifique): _____

B. Solicito una búsqueda en el Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil ÚNICAMENTE en relación con:

Convertirse en empleado/a o voluntario/a de Cuidado de Adultos, o continuar siéndolo

Empleo

Voluntariado

Otros (especifique): _____

II. TARIFA DE REGISTRO CENTRAL

Marque solamente una de las siguientes casillas de tarifa según la categoría correspondiente y adjunte el pago mediante cheque o giro postal ÚNICAMENTE:

Entidad sin fines de lucro – \$8.00

Entidad con fines de lucro – \$25.00

Agencia estatal – \$8.00

Escuela – \$8.00

Cambio de nombre – \$8.00

Cuidado de crianza temporal/adopción – \$8.00

Investigación de adopción privada – \$25.00

Centro de cuidado de adultos – \$8.00

Otro (solicitud individual, etc.) – \$8.00

III. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (PERSONA A SER INVESTIGADA)

Nombre completo del solicitante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Raza: _____

Apellido de soltera/nombre anterior/alias: _____

Cambio de nombre: _____

Número de la Seguro Social (**sin X**): _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección actual: _____

Dirección(es) anterior(es): _____

Correo electrónico del solicitante: _____

IV. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ A la atención de: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

V. INSTRUCCIONES PARA LA FIRMA Y EL ENVÍO POR CORREO

Por la presente autorizo al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (DSS) a revisar sus registros para determinar si contienen información que indique que fui el autor de daño a un menor, y a divulgar cualquier información encontrada a la persona u organización mencionada anteriormente. Entiendo que la información proporcionada podría no ser favorable para mí. Acepto eximir al DSS y a su personal de cualquier responsabilidad relacionada con la divulgación de la información solicitada en este formulario. Si considero que la información no ha sido actualizada o es incorrecta, me comprometo a notificar al Departamento de inmediato.

Por favor, envíe el pago correspondiente (**solo cheque o giro postal**), pagadero al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur, junto con el formulario para su procesamiento a:

South Carolina Department of Social Services Attention: Cashier

1535 Confederate Avenue

P.O. Box 1520

Su firma **DEBE** estar atestiguada o notariada por una persona de 18 años de edad o mayor.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo

Fecha

VI. RESULTS (**COMPLETED ONLY BY AN AUTHORIZED DSS EMPLOYEE**)

(**SOLO DEBE SER COMPLETADO POR UN EMPLEADO AUTORIZADO DEL DSS**)

The name is not included as a perpetrator on the Central Registry of Child Abuse and Neglect and is not included in the Department's database of records of child abuse and neglect.

The name is not included as a perpetrator on the Central Registry of Child Abuse and Neglect.

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. See attached correspondence.

The request has been received. An additional thirty to sixty days may be required to respond to the request. Please call the number below if you have any questions:

Signature of Authorized DSS Employee

Date

INSTRUCCIONES

POR FAVOR, NO ALTERE ESTE FORMULARIO DE NINGUNA MANERA

SECCIÓN I – PROPÓSITO DE LA SOLICITUD: Seleccione la casilla correspondiente para autorizar al DSS a realizar y divulgar los resultados de una búsqueda en el Registro Central Estatal de Abuso y Negligencia Infantil y/o en la base de datos del Departamento sobre abuso y negligencia infantil.

SECCIÓN II – TARIFA DEL REGISTRO CENTRAL: Seleccione la casilla de tarifa correspondiente.

SECCIÓN III – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (PERSONA A SER INVESTIGADA): Escriba o imprima de manera legible la siguiente información:

- Nombre completo del solicitante: indique su nombre, segundo nombre y apellido (NO INICIALES)
- Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año
- Sexo: (Autoexplicativo)
- Raza: (Autoexplicativo)
- Nombre de soltera/Anterior/Alias: indique el(los) nombre(s)
- Cambio de nombre: indique el nuevo nombre que desea aprobar
- Número de Seguro Social: proporcione su número completo de Seguro Social, que solo se usará para realizar la verificación en el Registro Central/Base de Datos y no será compartido con ninguna otra persona que no sea la agencia o entidad indicada en este formulario, sin usar X's
- Lugar de nacimiento: indique el nombre del estado en el que nació
- Dirección actual: indique la dirección de su residencia actual
- Dirección(es) anterior(es): indique otras direcciones, estados y/o países en los que haya residido durante los últimos cinco años, en el espacio provisto o en otra hoja, si su dirección actual tiene menos de cinco años
- Correo electrónico del solicitante: indique el correo electrónico de la persona sobre la cual el DSS realizará la búsqueda.

SECCIÓN IV – INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Escriba o selle la dirección de retorno en el espacio provisto en el formulario e incluya el nombre de la persona de contacto, número de teléfono y correo electrónico.

SECCIÓN V – INSTRUCCIONES PARA LA FIRMA Y EL ENVÍO POR CORREO: Proporcione su firma original (del solicitante) para una búsqueda única en el Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil y/o en la Base de Datos del DSS y la divulgación de los resultados, junto con la firma de un testigo o notario antes de enviar el pago (pagadero al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur), el Formulario DSS 3072 completo y un sobre con dirección y sello a:

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

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO, LLAME AL (803) 898-7318, EXT. 4.

Una vez que el cajero reciba este formulario y procese el pago, la verificación en el Registro Central y/o en la Base de Datos del DSS será realizada por personal autorizado del DSS.

El personal autorizado del DSS debe:

1. Realizar la búsqueda en el Registro Central y/o en la Base de Datos del DSS de acuerdo con la Sección I, A o B;
2. Marcar la casilla de resultados correspondiente;
3. Firmar y fechar el formulario; y
4. Enviar los resultados únicamente a través del portal en línea, correo electrónico o correo postal **ÚNICAMENTE** a la persona u organización especificada en la Sección IV.