

**Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur**  
**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Mediante mi firma abajo, autorizo al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur a realizar una única búsqueda de los registros que se indican a continuación, a fin de determinar si estos contienen información que indique que he perpetrado un delito de ocasionar daño a un niño, y a divulgar la información hallada a las personas/organizaciones que se nombran a continuación.

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 de acuerdo a mi parecer, la información no ha sido actualizada o es incorrecta, me comprometo a notificar inmediatamente al Departamento.

**SECCIÓN I. Propósito de la Solicitud**

A. Solicito que se realice una búsqueda en el Registro central de perpetradores de abuso y negligencia infantil y en la base de datos del Registro de casos de abuso y negligencia infantil del Departamento con el propósito de:

- ser o seguir siendo un padre o una madre de crianza temporal o un(a) posible padre o madre adoptivo(a); o
- ser o seguir siendo un empleado o un miembro del comité de supervisión de crianza temporal estatal o local; o
- ser un empleado o un voluntario del Programa de tutoría ad litem de Carolina del Sur o de los Defensores especiales nombrados por el tribunal (CASA) del condado Richland.

B.  Solicito que se realice una búsqueda **ÚNICAMENTE** en el Registro central de perpetradores de abuso y negligencia infantil con el propósito de \_\_\_\_\_.

**SECCIÓN II. Enviar los resultados por correo a:**

\_\_\_\_\_ Atención de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III. Cobro por la búsqueda en el Registro central: Por favor marque [X] la casilla correspondiente e incluya el pago. Solo se aceptan cheques o giros (money orders) (NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO).**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entidades sin fines de lucro.....\$8.00  | <input type="checkbox"/> Cambios de nombre.....\$8.00                       |
| <input type="checkbox"/> Entidades con fines de lucro.....\$25.00 | <input type="checkbox"/> Otros (Personas, etc.).....\$8.00                  |
| <input type="checkbox"/> Agencias estatales.....\$8.00            | <input type="checkbox"/> Investigaciones privadas para adopción.....\$25.00 |
| <input type="checkbox"/> Escuelas.....\$8.00                      |   |

**SECCIÓN IV. Por favor escriba lo siguiente en letra tipo imprenta en forma legible: Primer nombre, segundo nombre y apellido paterno (NO ESCRIBA SUS INICIALES)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  
Nombre de Soltera/Alias: \_\_\_\_\_ Cambio de Nombre: \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ N° de Seguridad Social: (Ver instrucciones) \_\_\_\_\_  
Dirección Actual: \_\_\_\_\_ Dirección Anterior: (Ver instrucciones) \_\_\_\_\_

**SECCIÓN V. Su firma DEBE ser certificada por un testigo o por un notario. Por favor envíe por correo el formulario y el pago correspondiente a:**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario o del Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SECCIÓN VI. RESULTADOS: ESTA SECCIÓN SOLO PUEDE SER COMPLETADA POR EMPLEADOS AUTORIZADOS DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES.**

- 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 LLENAR EL FORMULARIO 3072 – AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

### POR FAVOR NO HACER NINGÚN CAMBIO EN ESTE FORMULARIO

**SECCIÓN: Propósito de la solicitud:** Autorizar al Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur a realizar una búsqueda en el Registro central de perpetradores de abuso y descuido infantil y en la base de datos del DSS y divulgar los resultados. Por favor indique el propósito marcando  la casilla correspondiente.

**SECCIÓN II: Enviar los resultados por correo a:** Por favor asegúrese de escribir en letra de imprenta o estampar con un sello la dirección de regreso al costado 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 III: Cobro por la búsqueda en el Registro central:** Por favor marque  la casilla correspondiente al pago.

**SECCIÓN IV: Por favor escriba en letra de imprenta legible 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.**
- Cambio de nombre: Liste su(s) nuevo(s) nombre(s).
- Fecha de nacimiento: Mes/Día/Año
- Género: (No necesita explicación)
- Raza: (No necesita explicación)
- Número de Seguridad Social: Toda la información requerida en este formulario es necesaria a fin de realizar una búsqueda concienzuda. El proporcionar su número de Seguridad Social es opcional, pero se recomienda que proporcione su número de Seguridad Social a fin de facilitar la búsqueda. Su número de Seguridad Social se utilizará **únicamente** con el propósito de realizar una búsqueda concienzuda 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 V:** Envíe por correo el pago, el formulario 3072 de *Autorización para divulgar información* completado, en un sobre con estampillas (franqueo pagado) a la siguiente dirección:

**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) 898-7229 SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR 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 Human Services.

**DSS personnel in the Division of Human 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.
2. Sign and date form; stamp, “confidential” on envelope and mail to return address, Section II.

#### **Distribution**

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