ESTADO DE KANSAS

Oficina de Investigación de Antecedentes del Departamento de Niños y Familias

REGISTRO CENTRAL DE ABUSO, NEGLIGENCIA Y EXPLOTACIÓN DE ADULTOS REVELACIÓN DE INFORMACIÓN

OBI 10400S RVDO. 5/22

Yo, , doy permiso para la divulgación de información relativa a mi persona

**(Nombre completo EN LETRA DE MOLDE)**

en el Registro Central de Abuso, Negligencia y Explotación de Adultos a:

**Persona(s) de contacto\* Teléfono Nombre de la agencia Direcciónpostal de la agencia Dirección de correoelectrónico: Se remitirá porcorreo electrónico encriptadoa menos que se marque lo contrario**

Apellido de soltera y/o otrosnombres por los que se le conoce:

**(SOLO EN LETRA DE MOLDE)**

 **Dirección:** **Calle Ciudad Estado Código Postal**

**Fecha de Nac.**: **SS#:** Hombre

**(mm/dd/aaaa)**

Mujer

**(marque una)**

Entiendo que toda la información revelada será para el uso exclusivo y confidencial de la organización/persona arriba mencionada. He leído y comprendido este formulario y la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Doy permiso para que se revele cualquier información que me concierna en el Registro Central de Abuso, Negligencia y Explotación de Adultos cada año mientras esté empleado o asociado con la agencia mencionada. Sí No

Firma: **Fecha**:

**(Se requiere una firma de tinta o una firma electrónica verificada para su tramitación) (mm/dd/aaaa)**

**ENVIAR A:**

**Email: DCF.APSRegistry@ks.gov**

**Correo: Office of Background Investigations**

Adult Abuse Registry PO Box 751043

Topeka, Kansas 66675

*(Por favor, espere de 3 a 5 días para procesar las solicitudes por correo electrónico y de 5 a 7 días adicionales si se devuelve por el Servicio Postal de Estados Unidos)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Solo para uso oficial****For Official Use Only: Mark in this area if PROHIBITED** | **Solo para uso oficial****For Official Use Only: Mark in this area if CLEARED** |