

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 _____

Dirección postal de la agencia _____

Dirección de correo electrónico: Se remitirá por correo electrónico encriptado a menos que se marque lo contrario _____

Apellido de soltera y/o otros nombres por los que se le conoce: _____

(SOLO EN LETRA DE MOLDE)

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nac.: _____ SS#: _____ Hombre Mujer
(mm/dd/aaaa) (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