

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  
500 SW Van Buren St  
Topeka, Kansas 66603

(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