

AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES
Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños (CANTS)

Para programas NO licenciados por DCFS

NOTA: No utilice este formulario si usted está solicitando una licencia o si es un empleado/voluntario de una instalación de atención a menores. Sírvase ponerse en contacto con su representante de licenciamiento.

Nombre:

Apellido Primer nombre Segundo nombre

Fecha de nac.: -- -- Sexo: Masc. Fem. Raza:

Dirección actual:

Calle/Nº de Apto.

Ciudad Estado Código postal

Si actualmente usted es residente de Illinois, por favor, liste todas las direcciones anteriores por los últimos cinco años

O
Si usted actualmente reside en otro estado, por favor liste todas las direcciones de Illinois que haya vivido anteriormente en Illinois.

Calle/Nº de Apto./Ciudad/Condado/Estado/Código postal

Fecha de/a

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Detalle el nombre de soltera/o y todos otros nombres por los cuales ha sido conocido/a: (apellido, 1º nombre, 2º nombre)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por este medio yo autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois a realizar una búsqueda en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños (CANTS) para determinar si he sido hallado culpable de algun/os incidente/s de abuso y/o negligencia infantil o si he sido involucrado en alguna investigación pendiente. Además doy mi consentimiento para revelar esta información a la agencia que se detalla a continuación.

Firmado _____ Fecha _____

Envíelo por correo <input type="checkbox"/> por fax <input type="checkbox"/> electrónicamente
Envíelo: Department of Children and Family Services 406 E. Monroe – Station # 30 Springfield, IL 62701
Por fax a: 217-782-3991
Por scan o correo electrónico a: CFS689Background@illinois.gov

Por favor escriba en letra de imprenta, o utilice letras negrillas o una etiqueta:

(Número de fax de la agencia presentando)

(Presentando dirección electrónica)

(Nombre de la agencia)

(Persona de contacto)

(Dirección)

(Ciudad/Estado/C.P.)