CFS 689/S

Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois

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(encierre en un circulo): Masc. Fem. Raza:_____

Dirección actual:_____
Calle/Apto. N°

_____
Ciudad Estado Codigo Postal

Parroquia / Escuela / Agencia:_____

Su Posición (Circule Uno): Sacerdote Diácono Orden Religiosa Empleado Laico Voluntario

Enumere todas las direcciones en las que haya residido durante los últimos cinco años:

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

_____

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.

_____
Firma Fecha

Archdiocese of Chicago
Jan Slattery
835 N Rush St.
Chicago, IL. 60611

Envie esta solicitud por correo a :
Department of Children and Family Services
406 E. Monroe – Station # 30
Springfield, IL. 62701

CFS 689/S