

INFORMACIÓN REQUERIDA PARA LA APLICACIÓN DEL PORTAL DCFS
Sistema de Seguimiento de Abuso y Negligencia Infantil (CANTS)

NOTA: Este formulario ha sido modificado de acuerdo con el proceso de solicitud del portal DCFS. Complete el formulario en línea. Toda la información **DEBE** estar completa para que la solicitud se envíe al portal de DCFS. Las firmas impresas o electrónicas son efectivas y vinculantes.

NOMBRE: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **GENDERO** (*asignado al nacer*): Masculino Hembra
(MM / DD / YYYY)

ÉTNICIDAD (*celija solo uno*):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No Hispano (Ninguno) | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Hispano – Centro Americano | <input type="checkbox"/> Hispano – Sudamericano | <input type="checkbox"/> Hispano – Dominicano |
| <input type="checkbox"/> Hispano – Mexicano | <input type="checkbox"/> Hispano – Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Hispano – Española Ascendencia |
| <input type="checkbox"/> Hispano – Cubano | <input type="checkbox"/> Hispano – Otros | |

RAIZ: (*seleccione todas las que correspondan*):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Alaskan |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | <input type="checkbox"/> White | |

DIRECCIÓN ACTUAL: _____
Calle / Apto #

Ciudad Estado Código Postal

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO VÁLIDA: _____

Pro favor, indique CUALQUIER nombre que haya usado en el pasado (*Apellido, Primer Segundo Nombre*):

PARROQUIA/ESCUELA/NEWMAN (*Nombre, Ciudad*):

PARTICIPA COMO: Sacerdote/Seminarista Diácono Congregación Religiosa Empleado Voluntario

Por la presente autorizo a IL DCFS a realizar una búsqueda en el sistema de Seguimiento de Abuso y Negligencia Infantil (CANTS) para determinar si he sido un perpetrador de un incidente indicado de abuso y/o negligencia infantil o si estoy involucrado en una investigación pendiente. Además, doy mi consentimiento para la divulgación de esta información a la Diócesis Católica de Peoria, IL – Equipo de Ambiente Seguro. Las firmas impresas o electrónicas son efectivas y vinculantes.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ **FECHA:** _____

SI EL SOLICITANTE ES MENOR DE 18 AÑOS TAMBIÉN DEBE APORTAR

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR: _____

309-671-1580
cantspeoriadiocese@gmail.com
Catholic Diocese of Peoria, IL
Safe Environment Team
419 NE Madison Avenue
Peoria, IL 61603

(Submitting Agency Fax Number)
(Submitting Agency Email Address)
(Agency Name)
(Contact Person)
(Address)
(City, State, Zip)