|  |
| --- |
| SOLICITUD: Verificación en el Registro Nacional de Agresores Sexuales |
| Las siguientes personas deben completar la solicitud de autorización del Registro Nacional de Agresores Sexuales:Cualquier persona de 18 años o más que viva en un lugar donde se ofrezcan servicios de cuidado infantil.Cualquier persona que trabaje para un proveedor regulado de servicios de cuidado infantil.Cualquier persona con participación patrimonial, ya sea corporativa o no corporativa, en un proveedor regulado de servicios de cuidado infantil y que participa en la organización y la gestión de la operación.  * Cualquier voluntario de un proveedor de servicios de cuidado infantil, guardería en un hogar o casa familiar donde se ofrece el cuidado de niños pequeños. |
| Tipee o escriba con tinta en mayúsculas y de manera clara. Complete todos los campos necesarios de la solicitud. Una vez que esté completa, utilice una de las siguientes tres opciones para enviar la solicitud a procesamiento:Envíela por correo postal al Departamento de verificación de autorizaciones (CVU), ChildLine, a la siguiente dirección: Departamento de Servicios Humanos, PO Box 8170 Harrisburg, PA 17105-8170; OEscanee la solicitud completa y envíela por correo electrónico a: [RA-PWNSOR@pa.gov](mailto:RA-PWNSOR@pa.gov) En el asunto, escriba ‘Solicitante de verificación NSOR, apellido (p. ej., Smith); OEntréguela en mano en el recibidor del Departamento de verificación de autorizaciones, ubicado en: 5 Magnolia Drive, Harrisburg, PA 17110 (Hillcrest Building, número 53). En el Lote C puede acceder a estacionamiento gratuito. |
| El tiempo de procesamiento es de catorce días a partir de la fecha de recepción de la solicitud.Conserve una copia de la solicitud completa para su control. Es posible que necesite una copia como prueba de la solicitud para presentársela a su empleador.La carta de verificación emitida por el Registro Nacional de Agresores Sexuales no tiene costo.Si tiene preguntas, realícelas en el Departamento de verificación de autorizaciones llamando al 877-371-5422. |
| Motivo de la verificación en el Registro Nacional de Agresores Sexuales (tilde solo un casillero) |
| Persona de 18 años o más que vive en la instalación donde se ofrecen servicios de cuidado infantil.  Persona que trabaja para un proveedor regulado de servicios de cuidado infantil.  Persona con participación patrimonial, ya sea corporativa o no corporativa, en un proveedor regulado de servicios de cuidado infantil y que participa en la organización y la gestión de la operación.  Voluntario de un proveedor de servicios de cuidado infantil, guardería en un hogar o casa familiar donde se ofrece el cuidado de niños pequeños. |
| **Información demográfica del solicitante (completar todos los campos)** |
| |  |  | | --- | --- | | Nombre completo (apellido, nombre,  inicial del segundo nombre): |  | | Número de Seguro Social (XXX-XX-XXXX): |  | | Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): |  | | Número de teléfono diurno (XXX-XXX-XXXX): |  | | Dirección postal de la casa: |  | | Dirección de correo electrónico: | **Incluya la dirección completa con el nombre de la calle (número de apartamento o casilla postal si corresponde),**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ciudad, estado, código postal** | |
| Confirmo que, a mi entender, esta información es precisa y completa y que se envía siendo verdadera y correcta, sujeto a las sanciones penales correspondientes según la Sección 4904 del Código Penal de Pensilvania.  **Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |