|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La Universidad de la División de Sistemas de Arkansas de Agricultura | **Autorización para la Divulgación de la Información Confidencial Contenida en Registro Central del Maltrato al Menor de Arkansas** | EHIRE-SP1644/7/2021 |
| Por la presente yo pido al Registro Central del Maltrato al Menor de Arkansas que divulgue cualquier infamación que sus archivos contengan incluyendo al de abajo firmante como presunto autor de una sospecha de abuso al menor/negligencia. Esta información debe ser dirigida a: Líder Estatal del Desarrollo del joven **Recursos Humanos, Servicio de la Extensión Cooperativa de Arkansas, 2301 South University Avenue, Little Rock, AR 72204**. Entiendo que el nombre de cualquier informante confidencial u otra información la cual no pertenece al solicitante como presunto autor, no será divulgada.Por favor escanea y envia la forma completada y notarizada a centralregistry@uada.edu o envialo a la direccion arriba. |
|  |
| **Por favor Escriba a máquina o en Letra de Imprenta** |
|  |
| Apellido |       | Nombre |       | Segundo Nombre |       |
|  |
| Nombre de soltera, Alias, y cualquier otro nombre que usted haya utilizado |       |
|  |
| Fecha de nacimiento |       | Raza |       | [ ]  | Hembra | [ ]  | Varón |
|  |
| Numero de la Seguridad Social |       | Condado en el cual trabaja /hace de voluntario |       |
| Por favor seleccione si es voluntario o un empleado de la UA División de Agricultura.Liste el condado apropiado o ubicacion de trabajo.  |
| [ ]  Voluntario en 4-H |       | Condado | O | [ ]  Empleado UADA | ubicacion del trabajo |       |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Direcciones en los últimos 10 años (incluir código postal)** |  | **Desde**  |  | **Al Presente** |
|  |
| 1. |       |  |       |  |       |
|  |
| 2. |       |  |       |  |       |
|  |
| 3. |       |  |       |  |       |
|  |
| 4. |       |  |       |  |       |
|  |
| 5. |       |  |       |  |       |
| **Nombres y Edades de los Niños** |
|  |
| Apellido |       | Nombre |       |  | Edad |       |
|  |
| Apellido |       | Nombre |       |  | Edad |       |
|  |
| Apellido |       | Nombre |       |  | Edad |       |
|  |
| Apellido |       | Nombre |       |  | Edad |       |
| **Firma** |  |  |
|  |
| Condado de |       | Estado de Arkansas |
|  |
| Reconocido ante mí este mes de |        | Día de |       | 20 |    |  |
|  |
| Notario Público |       |  |
|  |
| Mi cargo vence |       |  |
| La Universidad de la División de Sistemas de Arkansas de Agricultura ofrece a todos sus programas y servicios de extensión e investigación sin importar la raza, color, sexo, identidad de género, orientación sexual, origen nacional, religión, edad, discapacidad, estado civil o de veterano, información genética, o cualquier otro estado legalmente protegido, y es una Acción Afirmativa /Ofrece Igualdad de Oportunidades |