



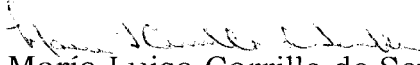
Gobierno de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA

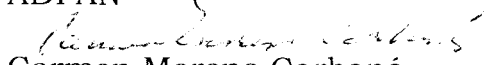
ADMINISTRACIÓN DE FAMILIAS Y NIÑOS

ADFAN-AAPFF-2010-03

29 de noviembre de 2010

Directores/as Regionales
Directores/as Asociados ADFAN
Supervisores/as Regionales y Locales
Trabajadores/as Sociales
Técnicos/as de Servicios a la Familia


María Luisa Carrillo de Sevilla
Sub- Administradora
ADFAN


Carmen Moreno Carbaná
Administradora Auxiliar
Protección, Preservación y
Fortalecimiento Familiar

**CERTIFICACION DE ANTECEDENTES DE MALTRATO/
NEGLIGENCE A MENORES**

El Registro Central es el componente de la Administración de Familias y Niños, que cuenta con un Sistema de Información Integrada, acerca de todas las situaciones de maltrato, maltrato institucional, negligencia y negligencia institucional a menores. Está organizado para permitir identificar los referidos previos, casos anteriores de protección, conocer el estatus, analizar datos estadísticos y otra información que permita evaluar la efectividad de los programas de servicios de protección a menores, según se establece en la Ley Núm.177 de 1ro. de agosto de 2003, conocida como “Ley para el Bienestar y la Protección Integral de la Niñez”.

El Registro Central, por ser una unidad de trabajo que cuenta con la información de los referidos y casos a nivel de toda la isla, tiene como una de sus principales funciones, la certificación de antecedentes de maltrato y/o negligencia a menores, según establece el Reglamento para

29/11/2010
T. Carrillo

la Implantación de la Ley para el Bienestar y la Protección Integral de la Niñez.

Según los procedimientos establecidos en nuestra Agencia, el Registro Central será responsable de emitir dichas certificaciones, las oficinas regionales y/o locales no están autorizadas a certificar por escrito antecedentes de maltrato de un individuo. Las oficinas regionales y locales, solo ofrecerán información de antecedentes, a solicitud del Registro Central de Casos de Protección. Mantener centralizada esta tarea nos permitirá ofrecer una información más certera, toda vez que el Registro Central recopila información de las diferentes oficinas locales.

Para fines de solicitud de antecedentes, a partir del recibo de esta comunicación, se requerirá la utilización del Formulario "Solicitud Búsqueda de Antecedentes de Maltrato a Menores", que será provisto por el Registro Central. Cada individuo, institución o unidad de trabajo de nuestra Agencia, deberá completar el formulario con la información requerida.

Una vez recibida la solicitud, el Registro Central tendrá 30 días para emitir una certificación. El formulario cuenta con información relevante que facilitará la búsqueda y agilizará el procedimiento en el término correspondiente, según establece la Carta Normativa ADFAN-CSA-2007-005, "Verificación de Antecedentes Penales y de Maltrato a Menores para Hogares Adoptivos y Hogares Sustitutos".

Agradeceremos el fiel cumplimiento a estas directrices.

Cf: Administración Auxiliar Servicios de
Prevenición en la Comunidad
Administración Auxiliar Servicios de
Cuidado Sustituto y Adopción
Administración Auxiliar Protección, Preservación
y Fortalecimiento Familiar
Especialistas en Trabajo Social
Oficina de Asesoramiento Legal
Oficina de Licenciamiento
Oficina de la Junta Adjudicativa DF
Oficina de Servicios y Ayuda al Ciudadano

CMC/LMA/EYRV/ldj

Anejo: Formulario

GOBIERNO DE PUERTO RICO
 DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA
 ADMINISTRACION DE FAMILIAS Y NIÑOS
 CENTRO ESTATAL DE PROTECCION A MENORES
 REGISTRO CENTRAL DE CASOS DE PROTECCION

**SOLICITUD DE BUSQUEDA DE ANTECEDENTES DE MALTRATO, MALTRATO INSTITUCIONAL,
 NEGLIGENCIA Y NEGLIGENCIA INSTITUCIONAL**

Parte I: Para ser Completada por la Agencia o el Individuo Solicitante

Nombre de la Agencia o Individuo Solicitante	Apodo	
Dirección Postal		
Dirección Residencial		
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo Electrónico

Propósito de la Búsqueda:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adopción | <input type="checkbox"/> Adopción Privada | <input type="checkbox"/> Comunidad |
| <input type="checkbox"/> Cuidado Sustituto | <input type="checkbox"/> Patrono | <input type="checkbox"/> Otros: Especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Licenciamiento | <input type="checkbox"/> Servicios Interagenciales | |

**Parte II: Complete la Información sobre la Persona de Quien se Hace la Búsqueda de Antecedentes:
 Datos de Identificación:**

Nombre	Inicial	Apellidos
		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Fecha de Nacimiento (Día/Mes/Año)	Edad	
Número de Seguro Social: XXX-XX-_____	Estatus Civil: _____	

Dirección de los Últimos Cinco (5) Años:

Direcciones (Comenzando con la más reciente. Identifique Barrio, Sector, Urbanización, Núm. Calle, Número de Apartamento)	Desde Día-Mes-Año	Hasta Día-Mes-Año
Dirección 1:		
Dirección 2:		
Dirección 3:		
Dirección 4:		
Dirección 5:		

Ocupación del Solicitante: _____ Lugar Actual de Trabajo: _____
Lugar Anterior de Trabajo: _____

¿Ha trabajado en alguna institución de servicios a menores? Si No Especifique

Centro de Cuido Hogar de Grupo Centro de Tratamiento a Menores
 Albergue Campamento Hogar de Crianza
 Escuela Pública o Privada Institución Juvenil Centros Residenciales de Rehabilitación
 (Adicción, Alcoholismo, Salud Mental y de Salud)

Datos de Identificación de los Miembros del Núcleo Familiar Actual: (Incluya nombres de: hijos/as propios/as, hijastros/as, hijos/as de crianza, aunque ya sean adultos/as y actualmente no vivan con usted)

Apellidos, Nombre (Adultos)	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo		Relación con el/la Solicitante
	Día	Mes	Año		M	F	
Apellidos, Nombre (Menores de 18 Años de Edad)							

Datos de Identificación de los Miembros del Núcleo Familiar Anterior (si aplica): (Incluya nombres de: esposas/os anteriores, hijos/as propios/as, hijastros/as, hijos/as de crianza, aunque actualmente no vivan con usted)

Apellidos, Nombre (Adultos)	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo		Relación con el/la Solicitante
	Día	Mes	Año		M	F	
Apellidos, Nombre (Menores de 18 Años de Edad)							

Certificación y Consentimiento:¹

Certifico que la información contenida en este formulario, es correcta y autorizo al Centro Estatal, Registro Central de Casos de Protección a Menores, a realizar los procedimientos correspondientes, basados en mi información personal, para certificar el resultado de la búsqueda de antecedentes de Maltrato, Maltrato Institucional, Negligencia y Negligencia Institucional.

_____ Nombre	_____ Firma	_____ Día-Mes-Año
_____ Nombre de Testigo de Firma	_____ Firma	_____ Día-Mes-Año

Autorizo que el resultado de esta búsqueda sea notificado a la Agencia o Individuo Solicitante (Parte I de esta Forma).

Nombre

Dirección

_____ Nombre	_____ Firma	_____ Día-Mes- Año
-----------------	----------------	-----------------------

LA/GMC/ldj
11/2010

¹ Se utilizará testigo de firma o marca cuando se refiere a persona que no sabe leer ni escribir, no vidente, audio/impedido u otro que requiera asistencia para hacer la solicitud.