



Solicitud de copia de los resultados de la verificación de antecedentes Applicant Request for a Copy of Background Check Results

Solicito una copia de mi verificación de antecedentes más reciente realizada por la Administración de Menores.				
REQUERIDO: NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE (NOMBRE COMPLETO: PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)				
REQUERIDO: FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN O LICENCIA DE CONDUCIR DE WA		
REQUERIDO: DIRECCIÓN POSTAL DEL SOLICITANTE	DEPTO. NO.	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE		REQUERIDO: NÚMERO DE TELÉFONO DEL SOLICITANTE (INCLUYENDO CÓDIGO DE ÁREA)		
Comprendo que la Unidad de Verificación de Antecedentes de la Administración de Menores me entregará el resultado de la investigación de antecedentes más reciente realizada por la Administración de Menores, que puede contener información reportada por la Patrulla del Estado de Washington, los Tribunales del Estado de Washington, el Buró Federal de Investigaciones, el Departamento de Correccionales, el Departamento de Servicios Sociales y de Salud, el Departamento de Salud, tribunales de fuera del estado e información reportada por el propio sujeto.				
REQUERIDO: FIRMA (NO SE ACEPTAN FIRMAS ELECTRÓNICAS. DEBE SER FIRMADA POR EL SOLICITANTE).			REQUERIDO: FECHA (MM/DD/AAAA)	

Envíe su solicitud de copia de los resultados de la verificación de antecedentes, contestada y firmada, a la Unidad de Verificación de Antecedentes de la Administración de Menores a:

FAX: (360) 407-5577

CORREO: PO Box 45718, Olympia, WA 98504-4718

CORREO ELECTRÓNICO: cabc@dshs.wa.gov

La Unidad de Verificación de Antecedentes de la Administración de Menores revisará su solicitud y se comunicará con usted si tiene preguntas. La Administración de Menores sólo puede enviarle documentos al solicitante. Es decisión del solicitante compartir los resultados de su verificación de antecedentes con otras personas.