



La solicitud de verificación del Registro de Protección Infantil (CPR) de DC

Este es un formulario PDF "rellenable". Descárguelo en su computadora, guárdelo con el nombre del solicitante y la fecha de envío: "John-Doe-App-10-01-2023" (sin puntos, puntuación, caracteres especiales ni espacios). Si lo imprime y lo escribe a mano, imprima claramente en letras mayúsculas. Los formularios se devuelven si están incompletos, incorrectos o la letra no es clara.

- NUEVA SOLICITUD** (El solicitante no tiene una autorización de CPR archivada con este empleador)
- SOLICITUD DE RENOVACIÓN** (El solicitante tiene una autorización CPR archivada con este empleador)

Comuníquese con 202-727-8885 o cfsa.cpr@dc.gov para circunstancias especiales que necesiten resultados acelerados.

Propósito de la solicitud: Marque solo uno (si no está seguro, llame al 202-727-8885 o cfsa.cpr@dc.gov)

Empleo	<input type="checkbox"/> Empleado/contratista/subcontratista/voluntario/becario/pasante		
Bienestar infantil	<input type="checkbox"/> Adopción/tutela/cuidado de crianza/cuidado por parientes	<input type="checkbox"/> Miembro del hogar o cuidador suplente	
	<input type="checkbox"/> Subsidio para abuelos/parientes cuidadores	<input type="checkbox"/> Investigación, tribunal, determinación de custodia	
Auto chequeo	<input type="checkbox"/> Uso personal (no se puede utilizar con fines laborales, de bienestar infantil o de concesión de licencias)		

¿QUIÉN ES EL PETICIONARIO? (PERSONA QUE SOLICITA EL CHEQUE)

Nombre/título de peticionario			
Nombre de la organización			
Dirección de la organización			
Número de teléfono		Correo electrónico	
Si el empleador tiene un contrato/subcontrato con una agencia del gobierno de DC, indique la agencia aquí			

Los resultados se envían al solicitante por correo electrónico cifrado. El enlace de correo electrónico cifrado caducará 30 días después de su envío. Revise la carpeta de correo no deseado o spam si no ha recibido los resultados dentro de los 14 días para las verificaciones iniciales o 30 días para las verificaciones de renovación.

¿QUIÉN ES EL SOLICITANTE? (PERSONA QUE ESTÁ SIENDO VERIFICADA)

Nombre		Segundo nombre (escriba "N/A" si no tiene)		Apellido (incluya el sufijo si es aplicable)	
No. de teléfono preferido			Dirección de correo electrónico		
<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular					
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	No. de seguro social (SSN)		Si no tiene No. de seguro social (SSN)		Sexo (como está en acta de nacimiento)
			<input type="checkbox"/> No soy ciudadano estadounidense		<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
Otros nombres utilizados (apellido de soltera, nombre de casada anterior, cambio de nombre legal, apodos, alias, etc.)					
Otro nombre	Otro segundo nombre	Otro apellido		Apodo/Alias	
Miembros del hogar (cónyuge/pareja, pariente, compañero de cuarto, o inquilino) e Hijos (biológicos, adoptados, de crianza, hijastros, hijos adultos, que vivan en casa o no)					
Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)			Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	

