

## Record Check Evaluation (Evaluación de Cheque del Registro)

Fecha:

A:

**HEALTH CARE FACILITIES AND  
HCB WAIVER PROGRAMS:**

Complete Part A. Fill in your agency name, address, and hiring person in Part B. Have the person being evaluated complete Part C and Part D of the form and return it to you.

Then address and mail it to:

Department of Human Services  
Central Abuse Registry  
PO Box 4826  
Des Moines, Iowa 50305

Nombre de la persona que se evalúa:

**A. Una verification de base ha revelado:**

- Un reporte de abuso de niño fundado puesto en el Registro de Abuso de Niño.
- Un reporter de abuso de adulto dependiente fundado.
- Una prueba de culpabilidad delictiva.
- Otros, especificar: \_\_\_\_\_

**B. Por favor complete Página 2 de esta forma para habilitar que el Departament termine de evaluar el informe y devuelva la forma a:**

DHS o Oficina de Agencia	Attention	Teléfono	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal

**C. CONTESTACIÓN (completado por cada persona que pide evaluación):**

- Yo no deseo tener el reporte evaluado más porque:
  - Yo estoy retirando mi aplicación.
  - Yo no estare envuelto en cualquiera de las situaciones listo abajo.
- Yo deseo tener el reporte evaluado para determinar si:
  - Yo puedo ser aprobado como un padre adoptivo.
  - Yo puedo ser autorizado o registrado para el cuidado de niño.
  - La familia con quien yo vivo puede ser una casa registrada o un centro autorizado del cuidado de niño.
  - Yo puedo ser autorizado para "foster care."
  - La familia con quien yo vivo puede ser licenciada para "foster care."
  - Yo puedo trabajar o ser voluntario en una facilidad del cuidado de crianza, un centro de cuidado de niño, o una institución pública bajo DHS.
  - Yo puedo trabajar en una facilidad de cuidado de salud autorizado.
  - Yo puedo trabajar en un programa HCB Waiver.

**D. La descripción del incidente (completada por la persona pidiendo la evaluación):**

1.	Describa el tipo de crimen o abuso o transgresión de niño o adulto dependiente en el cual usted estuvo involucrado.
a.	Fecha:
b.	Ubicación:
c.	Circunstancias:
d.	Otros involucrados, incluyendo la víctima:
e.	Edad de la víctima:
2.	Describa sus esfuerzos para cambiar su comportamiento o corregir la situación. Incluya restitución, tiempo en cárcel, clases para padres, consejero, terapia, o otras cosas que usted ha hecho. (Usted puede adjuntar documentos justificativos.)
3.	Explica por qué usted piensa que su aplicación debe aprobarse a pesar del abuso o el crimen descrito más arriba.
4.	Si el departamento ha evaluado previamente su registro, de la fecha, lugar, la posición solicitada, y resultados.

**Yo comprendo que esta información puede verificarse con las agencias de ejecución de la ley, la corte distrita, o otras personas que tienen conocimiento de la casualidad.**

Nombre ( <i>firma</i> )	Teléfono	Fecha	
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal