



# Oficina de Servicios para Niños y Familias

Andrew M. Cuomo  
Governor

52 WASHINGTON STREET  
RENSELAER, NY 12144

Sheila J. Poole  
Commissioner

OCFS-5023-S (07/2020)

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**AUTORIZACIÓN PARA DIFUNDIR INFORMACIÓN**

**Solo para la certificación o aprobación de hogares de acogida de cuidado temporal**

Este instrumento se empleará solo después de recibir resultados de la verificación de datos del Registro Central del Estado

Yo, \_\_\_\_\_ (en letra de imprenta), con DOB \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_,  
residiendo actualmente en la siguiente dirección: \_\_\_\_\_

por la presente autorizo al Registro Central del Estado de Nueva York (*Statewide Central Register, SCR*) a proporcionar a la siguiente persona y agencia: \_\_\_\_\_

asociada con \_\_\_\_\_ (agencia),

copias de cualquier informe indicado que ocasionó que el SCR envíe la carta de notificación adjunta a la agencia mencionada anteriormente. (La respuesta recibida por la agencia del Sistema de Verificación en Línea [*Online Clearance System*] respecto a la verificación de la base de datos del SCR debe adjuntarse para que el SCR pueda procesar esta solicitud).

Yo autorizo difundir esta información y entiendo que será utilizada por la agencia referida anteriormente como parte de una determinación de mi certificación o aprobación para abrir un hogar de acogida de cuidado temporal.

\_\_\_\_\_  
Firma

## ESTADO DE NUEVA YORK

CONDADO DE: \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ en el año \_\_\_\_\_ se presentó delante de mí el abajo firmante, \_\_\_\_\_, personalmente, reconocido por mi o probado

por mi en base a evidencia satisfactoria de ser el individuo cuyo nombre está suscrito en el instrumento interior y reconozco que él/ella/ellos ejecutaron el mismo en su(s) capacidad(es), y que por su(s) firma(s) en el instrumento, el/los individuo(s) o la persona en nombre de la cual el/los individuo(s) actuó/actuaron, ejecutó/ejecutaron el instrumento.

Notario Público: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Mi comisión vence el: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Envíe el formulario notarizado a:

New York State Office of Children and Family Service, Statewide Central Register  
P.O. Box 4480, Albany, NY 12204-0480