

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

SCR USE: BATCH #

SOLICITUD DE INFORMACIÓN – ADOPCIÓN PRIVADA

SOLO PARA USO DE TRIBUNALES O PERSONAS DESINTERESADAS-Favor de completar

NO. I.D. DEL RECURSO	COTACTO DE ADOPCIÓN	PREFIJO/NO. DE TELÉFONO
NO. DE ARCHIVO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL TRIBUNAL	ZONA POSTAL (ZP)

La Sección 422.4 (A)(p) de la Ley de Servicios Sociales permite a una persona desinteresada** que está llevando a cabo una investigación relacionada a una solicitud pendiente de colocación adoptiva privada a tener acceso a información de servicios de protección de menores que esté en posesión del Registro de Abuso y Maltrato Infantil del Estado de Nueva York (*Statewide Central Register of Child Abuse and Maltreatment--SCR*).

Este tribunal, como parte de tal investigación, ha decidido solicitar ese acceso.

****Vea el reverso para una explicación del término “Persona Desinteresada”.**

INFORMACIÓN QUE EL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A) PROSPECTIVO(A) DEBE COMPLETAR

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	IM	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALIAS		PRIMER NOMBRE			
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	IM	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN ACTUAL	CIUDAD:	ESTADO	ZP	DE	A
DIRECCIÓN PREVIA DURANTE LOS ULTIMOS 28 AÑOS	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A
DIRECCIÓN PREVIA DURANTE LOS ULTIMOS 28 AÑOS	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A
DIRECCIÓN PREVIA DURANTE LOS ULTIMOS 28 AÑOS	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A
DIRECCIÓN PREVIA DURANTE LOS ULTIMOS 28 AÑOS	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A
DIRECCIÓN PREVIA DURANTE LOS ULTIMOS 28 AÑOS	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A

Vea el reverso para anotar direcciones previas adicionales.

MIEMBROS DEL HOGAR DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A) PROSPECTIVO(A)

APELLIDO Y NOMBRE DE SOLTERO(A)/ALIAS	PRIMER NOMBRE	IM	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	IM	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	IM	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	IM	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	IM	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	

Vea el reverso para anotar direcciones previas adicionales.

Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que la información que yo (nosotros) he (hemos) provisto a este tribunal será utilizada para averiguar a través de la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York si yo (nosotros) estoy (estamos) nombrado(s) en un informe pendiente o indicado de abuso o maltrato infantil archivado en el SCR y para proveer información pertinente al tribunal.

Yo (nosotros) afirmo (afirmamos) que toda la información provista en este formulario es verdadera. Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que si yo (nosotros) proveo (proveemos) declaraciones falsas, tal acción podría ser la base para denegar mi petición de adopción y para abrir, anular o cancelar cualquier orden de adopción resultante de esa petición.

FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)
-------	-----------------------------------	-------	-----------------------------------

**NOTIFICACIÓN A LOS PADRES ADOPTIVOS PROSPECTIVOS
SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE LA SECCION 422.4(A)(p)**

Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que si yo (nosotros) he (hemos) sido nombrado(s) en un informe pendiente de abuso o maltrato infantil indicado que está en el archivo del SCR, entonces toda la información contenida en mi (nuestro) informe del SCR será provista por el tribunal a la persona desinteresada que esté llevando a cabo la investigación sobre la colocación de una adopción privada ordenada por un tribunal, a excepción de los nombres o descripciones que identifiquen a la(s) persona(s) que reportó (reportaron) la sospecha de abuso o maltrato infantil, salvo que el permiso para divulgar la identidad haya sido autorizado por escrito por la(s) persona(s) informantes.

Yo (nosotros) además comprendo (comprendemos) que los resultados de la investigación serán considerados por el tribunal conforme a la Sección 116 de la Ley de Relaciones Domésticas, como uno o los factores que podrían tener un impacto en mi (nuestra) solicitud de adopción.

Este formulario no es una solicitud de adopción. Solamente debe utilizarse para los propósitos descritos en la Sección 422.4(A)(p) de la Ley de Servicios Sociales. Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que el propósito de recopilar datos demográficos de otras personas en mi (nuestro) hogar es para permitir que la Oficina de Servicios para Niños y Familias del Estado de Nueva York identifique con el mayor grado de certeza si yo (nosotros) he (hemos) sido nombrado(s) en un informe de abuso o maltrato infantil. La utilización de esta información en forma discriminatoria es contraria a la Ley de los Derechos Humanos.

****Persona desinteresada:** (según la Sección 116(5) de la Ley de Relaciones Domésticas) incluye el sistema de probatoria del Tribunal de Relaciones Familiares, un trabajador(a) social licenciado con maestría, un trabajador(a) social con licencia clínica, o una agencia autorizada designada específicamente por el tribunal para conducir investigaciones previas a la colocación de niños.

INSTRUCCIONES PARA LOS TRIBUNALES

- NO. DE I.D. DEL RECURSO:** Anote su Identificación del Recurso (ID Resource Code). Si necesita ayuda, envíe un mensaje electrónico a: ocfs.sm.conn_app@ocfs.state.ny.us
- NO. DE ARCHIVO:** Anote su Número de Archivo
- CONTACTO DE LA AGENCIA:** Anote el nombre del contacto de adopción o de la persona desinteresada.**

Formularios de adopción deben enviarse a: **New York Statewide Central Register
of Child Abuse and Maltreatment
P.O. Box 4480. Attn: Service Center Unit
Albany, N.Y. 12204-0480**

DIRECCIONES ADICIONALES

APELLIDO		PRIMER NOMBRE				IM
DIRECCIÓN PREVIA	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE				IM
DIRECCIÓN PREVIA	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE				IM
DIRECCIÓN PREVIA	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE				IM
DIRECCIÓN PREVIA	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE				IM
DIRECCIÓN PREVIA	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE				IM
DIRECCIÓN PREVIA	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A	
APELLIDO		PRIMER NOMBRE				IM
DIRECCIÓN PREVIA	CIUDAD	ESTADO	ZP	DE	A	

PARA ORDENAR MÁS FORMULARIOS:

Por favor descargue el formulario OCFS-4627, *Request for Forms and Publications*, (Solicitud de Formularios y Publicaciones) que aparece en el menú izquierdo de este enlace:
<https://www.ocfs.state.ny.us/main/documents/forms.asp>.

Envíe el formulario **OCFS-4627** debidamente completado por correo regular a la **Office of Children and Family Services, Mail Room, 52 Washington Street, Rensselaer, NY 12144**. Si tiene problemas al descargar el formulario de nuestro portal, llame a nuestra línea de información de formularios, al: **518-473-0971**.