

Excarelacion De Informacion

Comprendo la condiction de propocionar do la servicio si mi tregua: mi nombre estara comprobado contra el Deptamento De Salud y Servicio Humano adulto/preventivo do nino servicio do registros do Nebraska. Es necessario para segurar que califico los estandartes del provedore.

El motivo do este comprabacion estara determinado si mi nombre esta mantenido en cual quer registro do abuso/descuidado alegots anteriores que han investigaron o no determinaron sin encuentro.

De la major do mi conocimiento, no tengo convivvion o historia anterior do abuso adulto o nino descuidado o maltratoamiento. No tenido conviccion do criminal implicando corrupcion moral.

Doy permiso al Departamento De Salud Y Servicio Humano recibir y entregar informacion especifico especifico y detallado contenellndo en la Registro Servicio Central de adulto y nino protegido a la ofecina:

Respite Network
Southwest Service Area
404 W 10th ST, PO Box 1235
McCook, NE 69001
Fax (308) 345-4289

Firma De Apicante

Feecha De Firmo

Nombre Impreso De Apicante

Numero De Seguro

Nombres o apellidos que usado en los ultimos 20 anos.

Domicilios donde vivido en los ultimos 20 anos.

Nombre de ninos que an vivido con usted.

Fecha De Nacimiento De Apicante

Domicilio De Apicante

Firma De Testigo

Fecha De Testigo

