Departamento de Servicios Humanos de Arkansas

División de Servicios Infantiles y Familiares

Dictamen Investigativo de Veracidad Exenta de Responsabilidad Sobre Denuncia de Maltrato Infantil al Infractor

Para: _____

Dirección: _____

_____

De: _____

_____

_____

Teléfono: _____

Oficina del Condado: _____

Fecha: _____ **CHRIS Referencia #** _____

Re: Nombre del Presunto Infractor: _____

Nombre de la Presunta Victima(s): _____

La División de servicios para niños y familias (DCFS) o la división de delitos contra menores de la policía de Arkansas (CACD) recibieron una denuncia de supuesto maltrato infantil que implica las personas nombradas arriba. El incidente fue informado en (fecha) _____.

En conformidad con el código anotado de Arkansas §12-18-708, por la presente se notifica que basada en la valoración de las pruebas, la agencia investigadora ha determinado que la denuncia es:

☐ Verídica pero exenta de responsabilidad, por lo que su nombre no debería ser incluido en el Registro central de maltrato infantil porque el informe resulto verídica de acuerdo a la Ley de Garret.

☐ Verídica pero exenta de responsabilidad, por lo que su nombre no debería ser incluido en el Registro central de maltrato infantil porque usted estaba practicando sus creencias religiosas autorizadas por la ley

El tipo de maltrato fue _____.

Si desea obtener una copia del informe investigativo, envíe un cheque o giro postal por $10,00 junto con una solicitud escrita y certificada por notario al Arkansas Department of Human Services, Division of Children & Family Services, Central Registry Unit, P.O. Box 1437, SLOT S566, Little Rock, AR 72203. La solicitud debe incluir su nombre, dirección y los nombres del menor(es) implicados.

_____

NOMBRE DEL INVESTIGADOR DCFS o CACD EN MAYÚSCULAS

_____

ENVIADO POR