



Departamento de Servicios Humanos de Arkansas
División de Servicios Infantiles y Familiares

Notificación de Audiencia Abreviada de Maltrato Infantil al Presunto Infractor

Para: _____

Dirección: _____

De: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Oficina del Condado: _____

Fecha: _____ **CHRIS Referencia #** _____

Correo Certificado # _____

Re: Nombre del Presunto Infractor: _____

Nombre de la Presunta Víctima(s): _____

La División de servicios para niños y familiares o la División de delitos contra menores de la policía estatal de Arkansas han recibido una denuncia de supuesto maltrato infantil que involucra a las personas nombradas arriba. El incidente fue informado en (fecha) _____ .

El tipo de maltrato fue _____ .

Como se le ha notificado anteriormente, tras la valoración de las pruebas, la agencia investigadora ha determinado que la denuncia era veraz y que el nombre del infractor debería ser incluido en el Registro central de maltrato infantil. Desde entonces ha solicitado una audiencia administrativa para apelar el dictamen de veracidad.

La División de servicios para niños y familias ha determinado que usted participa en actividades o empleos relacionados con menores o realiza voluntariado con personas con discapacidades, enfermedad mental o adultos mayores y esas personas corren el riesgo de sufrir daños debido a su empleo o actividades de voluntariado.

Por ello, y en conformidad con el código anotado de Arkansas §12-18-703, por la presente se le notifica que el DCFS ha solicitado una audiencia abreviada. Tiene cinco días desde la recepción de esta notificación para objetar por escrito por correo, fax o correo electrónico para solicitar que se agilice la audiencia administrativa.

Usted tiene derecho a un abogado; si no puede pagar uno puede ponerse en contacto con Servicios Legales.

PERSONAL DCFS/CACD NOMBRE EN LETRAS DE IMPRENTA

PERSONAL DCFS/CACD FIRMA

Fecha: _____