



**Departamento de Servicios Humanos de Arkansas  
División de Servicios para Niños y Familias**

Notificación de inclusión de nombre en el Registro Central a  
 Padres Legales  Tutores Legales del Infractor Juvenil (14 a 17 años de edad)

Para: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

De: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Oficina del condado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Derivación CHRIS # \_\_\_\_\_

Asunto: Nombre de la presunta víctima(s): \_\_\_\_\_

Nombre del infractor: \_\_\_\_\_

La División de servicios infantiles y familiares (DCFS) o la división de delitos contra menores de la policía (CACD) del Estado de Arkansas recibieron una denuncia de supuesto maltrato infantil que involucraba a su hijo/a. El incidente fue informado en (fecha) \_\_\_\_\_.

El tipo de maltrato fue \_\_\_\_\_.

En conformidad con el artículo §12-18-813 del Código Anotado de Arkansas, por la presente se notifica que la investigación sobre la causa anterior ha determinado que la denuncia es verdadera:

- Ha sido confirmada en apelación administrativa.
- Usted o su hijo/a renunció a la apelación durante el periodo de solicitud de apelación de 30 días.

Por tanto, el nombre de su hijo/a, en calidad de infractor, figura desde ahora en el Registro central de Maltrato Infantil de Arkansas.

**PARA OBTENER UNA COPIA DEL INFORME INVESTIGATIVO**, envíe un cheque o giro postal (no efectivo) 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.

La información entregada es confidencial y su difusión posterior deberá ajustarse al código de Arkansas.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN MAYUSCULAS DEL INVESTIGADOR DEL DCFS

\_\_\_\_\_  
ENVIADO POR