Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Arkansas

División de Servicios para Niños y Familias (DCFS)

CERTIFICACIÓN DE AUSENCIA DE ANTECEDENTES PENALES

(Para jóvenes menores de 10-17 años)

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____

Nombre del menor: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

Nombre del menor: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

Nombre del menor: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

Nombre del menor: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

Nombre del menor: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

Nombre del menor: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:**_____

Por la presente confirmo que mi hijo(s) de 10-17 años de edad mencionado(s) arriba no posee(n) antecedentes penales.

_____ _____

Firma del Padre/madre/tutor Fecha

_____ _____

Firma del Padre/madre/tutor Fecha

Condado de _____ Estado de Arkansas

Ratificado ante mí, este día _____ de _____, _____

_____

Notario público Mi cargo expira en: _____