

OFFICE OF REFUGEE RESETTLEMENT

CONFIDENTIAL AND PRIVILEGED

**STAFF USE ONLY:**

**UAC NAME:** \_\_\_\_\_

**UAC A#:** \_\_\_\_\_

**CARE PROVIDER:** \_\_\_\_\_

**DIGITAL SITE LOCATION (IF ANY):** \_\_\_\_\_



**OFICINA DE REUBICACIÓN DE REFUGIADOS**  
**División de Servicios de Niños**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

*Lea cuidadosamente esta autorización, luego fírmela y féchela con tinta negra.*

**Autorizo** a cualquier investigador, agente especial, empleado, contratista, cesionario u otro representante debidamente autorizado que trabaje en nombre de la Oficina de Reubicación de Refugiados (Office of Refugee Resettlement) que esté llevando a cabo la investigación de mis antecedentes y la evaluación de patrocinio a obtener información a fin de evaluar mi capacidad para brindarle el debido cuidado y lugar a un menor y para proveerle los servicios posteriores a su liberación, según sea necesario. Autorizo a cualquier agencia de justicia penal federal, estatal o local; agencia para el bienestar infantil federal, estatal, local o privada; agencia federal de inmigración o cualquier otra fuente de información, tal como escuelas, tribunales, proveedores de tratamiento, funcionarios de libertad condicional/bajo palabra, profesionales de la salud mental u otras referencias, a divulgar, tanto verbalmente como por escrito, información acerca de todo historial delictivo, cargos o dudas sobre abuso y descuido infantil, situación migratoria pasada y presente, problemas de salud mental, abuso de sustancias, violencia doméstica o cualquier otra información psicosocial recopilada acerca de mi persona.

**Autorizo** a los custodios de los registros y fuentes de la información sobre mi persona, a divulgar tal información ante la solicitud del investigador, agente especial, empleado, contratista, cesionario u otro representante debidamente acreditado de la Oficina de Reubicación de Refugiados.

**Entiendo** que la información divulgada por cualquier custodio de mis registros y otras fuentes de la información acerca de mi persona es para uso oficial por parte del gobierno de los EE. UU., sus empleados, cesionarios, contratistas y otro personal delegado para los fines expresados más arriba y que puede ser revelada por el gobierno de los EE. UU. solamente en la forma autorizada por la ley.

**Entiendo** que esta información se convertirá en propiedad de la Oficina de Reubicación de Refugiados y que puede ser revisada por sus empleados, cesionarios, contratistas y delegados. También entiendo que la Oficina de Reubicación de Refugiados puede compartir esta información con los empleados y contratistas de otras agencias federales.

**Por el presente renuncio** a cualquier reclamo o derecho en virtud de las leyes de los Estados Unidos contra el gobierno federal, sus empleados, cesionarios, contratistas o delegados por usar legalmente cualquier información recopilada durante la búsqueda de mi historial delictivo, información relativa al bienestar infantil, situación migratoria pasada o presente, cualquier información contenida en mi solicitud de patrocinio y en la documentación de respaldo y la información recopilada de cualquier otra fuente, en forma oral o escrita, relacionada con esta solicitud de patrocinio. Por el presente renuncio a toda demanda o acuerdo previo con cualquier agencia federal estatal, local o privada que pudiera impedirle al delegado oficial de la Oficina de Reubicación de Refugiados obtener la información solicitada.

Las copias de esta autorización que contengan mi firma son tan válidas como el original. Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha de su firma.

Firma (firme con tinta)	Nombre completo (a máquina o en letra de imprenta legible)		Fecha de la firma
Otros nombres que usted haya usado (alias)	Fecha de nac. del patrocinador		Número del Seguro Social(opcional)*
Domicilio actual	Estado	Código postal	Nro. de teléfono de su hogar (incluya el código de área) ( ) -

\*No es obligatorio indicar su número de Seguro Social. Sin embargo, si no lo indica, es posible que la ORR no pueda realizar la investigación de antecedentes necesaria para el procedimiento de reunificación.

**OFICINA DE REUBICACIÓN DE REFUGIADOS**  
**División de Servicios de Niños**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

**INFORMACIÓN REQUERIDA PARA LA INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES**

<b>NOMBRE DEL MENOR:</b>			<b>FECHA DE NACIMIENTO DEL MENOR:</b>		
<b>INFORMACIÓN DEL PATROCINADOR:</b>				<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>Apellido</b>	<b>Primer nombre</b>	<b>Nombre del medio (sufijo)</b>	<b>Mes</b>	<b>Día</b>	<b>Año</b>
<b>SEXO:</b> <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	<b>Raza</b>	<b>Color de ojos</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (opcional)*</b>		
<b>Altura</b>	<b>Peso</b>	<b>Color de pelo</b>			
<b>LUGAR DE NACIMIENTO: (Use el código de dos letras para el estado)</b>					
<b>Ciudad</b>	<b>Condado</b>	<b>Estado</b>	<b>País</b>		
<b>OTROS NOMBRES UTILIZADOS Y SUS FECHAS DE USO:</b>					
<b>Nombre</b>	<b>Desde: Mes Año</b>	<b>Hasta: Mes Año</b>	<b>Nombre</b>	<b>Desde: Mes Año</b>	<b>Hasta: Mes Año</b>
<b>RESIDENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS:</b>					
<b>DESDE:</b> Mes/Año	<b>Domicilio</b>	<b>Apartamento nro.</b>	<b>Ciudad (condado)</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>HASTA:</b> Mes/Año					
<b>DESDE:</b> Mes/Año	<b>Domicilio</b>	<b>Apartamento nro.</b>	<b>Ciudad (condado)</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>HASTA:</b> Mes/Año					
<b>DESDE:</b> Mes/Año	<b>Domicilio</b>	<b>Apartamento nro.</b>	<b>Ciudad (condado)</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>HASTA:</b> Mes/Año					
<b>DESDE:</b> Mes/Año	<b>Domicilio</b>	<b>Apartamento nro.</b>	<b>Ciudad (condado)</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>
<b>HASTA:</b> Mes/Año					
<b>CIUDADANÍA DE LOS ESTADOS UNIDOS</b> Si el patrocinador es ciudadano estadounidense, pero no nació en los EE. UU., brinde información acerca de una o más de las siguientes pruebas de ciudadanía.					
<b>Certificado de naturalización</b>					
<b>Tribunal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Número de certificado</b>	<b>Mes/Día/Año de emisión</b>	
<b>Certificado de ciudadanía (¿Dónde se emitió el certificado?)</b>					
<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Número de certificado</b>	<b>Mes/Día/Año de emisión</b>		
<b>Formulario 240 del Departamento de Estado: Informe del nacimiento en el extranjero de un ciudadano de los Estados Unidos</b>					
Indique la fecha en que se preparó el formulario y brinde una explicación si fuese necesario.	<b>Mes/Día/Año</b>	<b>Explicación</b>			
<b>Pasaporte de los EE. UU.</b>					
Puede ser tanto un pasaporte de los EE. UU actual como anterior.		<b>Número de pasaporte</b>	<b>Mes/Día/Año de emisión</b>		
<b>DOBLE CIUDADANÍA:</b> Si el sujeto tiene (o tuvo) doble ciudadanía, de los Estados Unidos y de otro país, indique el nombre de dicho país en el espacio de la derecha.				<b>País</b>	
<b>EXTRANJERO</b> Si el sujeto es extranjero, indique la siguiente información:					

**OFICINA DE REUBICACIÓN DE REFUGIADOS**  
**División de Servicios de Niños**  
**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Lugar de entrada a los Estados Unidos	Ciudad	Estado	Fecha de entrada a los EE. UU. Mes    Día    Año	Número de registro del extranjero	País de ciudadanía
---------------------------------------	--------	--------	---	-----------------------------------	--------------------

\* No es obligatorio indicar el número de Seguro Social. Sin embargo, si no lo indica, es posible que la ORR no pueda realizar la investigación de antecedentes necesaria para el procedimiento de reunificación.