SOLICITUD DE INFORME DE INVESTIGACIÓN DE LA OFICINA DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE		
Nombre	Dirección	Numero de Teléfono
Nombre de la Empresa/Agencia (si corresponde)	Correo Electrónico	Número de Fax

SE SOLICITA INFORME DE INVESTIGACIÓN		
Nombres de la(s) Persona(s) Involucrada(s) <i>Especificar cliente o personal</i>	Fecha del Incidente	Número de Informe de la OPS
Lugar del Incidente	Otra Información Específica que ayudará a identificar este caso	

AUTORIDAD DEL SOLICITANTE	
Autoridad del Solicitante <i>Seleccione una casilla e incluya la subdivisión. No se aceptarán las casillas sin marcar y las respuestas en blanco.</i>	Propósito del Solicitante <i>Por favor, detalle el uso que pretende dar al archivo. Nota: No se requiere para solicitudes GC 6254 (f)</i>
☐ WIC 4903(a) () ☐ WIC 4514() ☐ Código Gubernamental ____ ()	

Enviar la solicitud a: Department of Developmental Services
 Office of Protective Services
 1215 O Street Room 650, MS 6-30
 Sacramento, CA 95814
 Office: (916) 654-3338
 Correo electrónico: HQOPS@dds.ca.gov
 cc: Jessica.Ross@dds.ca.gov

¿Se desempeña usted como uno de los siguientes?:		
☐ SÍ	☐ NO	Tutor Legal
☐ SÍ	☐ NO	Curador legal
En caso afirmativo, adjunte copias de cartas u órdenes judiciales.		

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

Received by: _____
 (Recibido por): _____

Date: _____

Print Name and Title