



Petición de revisión para supresión

Si desea que se considere la posibilidad de eliminar (o borrar) su nombre del Registro CAN y/o del Registro APS, por favor suministrar la información solicitada. Por favor, también proporcione la documentación de apoyo para mostrar por qué usted debe ser retirado del registro central, como cartas de tratamiento o terapia, cartas de finalización de programas, certificados de clases, referencias de profesionales, etc. Puede solicitar la eliminación del registro en cualquier momento y tantas veces como quiera.

Su nombre completo actual (por favor letra legible)

Primer	Segundo	Apellido

Su dirección postal actual (por favor letra legible)

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Su fecha de nacimiento

Su Número de Seguro Social

--	--

Otros nombres usados anteriormente como nombres de casados previos, nombres de soltera y apodos (por favor letra legible)

Nombres y fechas de nacimiento de hijos suyos que han vivido con usted (por favor letra legible)

La dirección de su hogar(es) por los pasados 20 años (por favor letra legible)

Firma

Fecha

--	--

Envíe su petición a:

Nebraska Department of Health & Human Services
Children and Family Services
Attn: Expungement Request
P.O. Box 95026
Lincoln, NE 68509-5026

o envíe su petición por correo electrónico a DHHS.CFSCentralRegistry@nebraska.gov