NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

División de Servicios de Bienestar Familiar y de Menores (CFS)
Registro Central de Maltrato y Abandono de Menores (Registro CAN) de Nebraska
Registro Central de Servicios de Protección de Adultos (Registro APS) de Nebraska
Petición de revisión para supresión

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 suministar 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.CRreview@nebraska.gov