

## DENUNCIA DE AGRESIÓN SEXUAL O INCESTO

Caso (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_ Núm. de AZTECS: \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Buzón: \_\_\_\_\_ Núm. D del trabajador: \_\_\_\_\_ HEA ID: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente declaro que mi hijo(s) fue concebido como resultado de agresión sexual o incesto. Entiendo que mi reclamo se enviará a la Oficina de Investigaciones Especiales (OSI, por sus siglas en inglés). Autorizo al Departamento de Seguridad Económica a investigar todas las alegaciones de agresión sexual e incesto comunicándose con cualquier fuente necesaria para establecer mi elegibilidad para recibir asistencia.

Victima (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Niño/a concebido como resultado de agresión sexual (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Niño/a concebido como resultado de agresión sexual (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Niño/a concebido como resultado de agresión sexual (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN CONOCIDA ACERCA DEL PRESUNTO DELINCUENTE(S)

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*): \_\_\_\_\_

Núm. de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., Calle*): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Indique fechas aproximadas/descripción de presunta agresión sexual o incesto.

¿Ha habido contacto previo con la policía con respecto a este asunto?      Sí      No

Proporcione documentación de apoyo, si está disponible.

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### FOR AGENCY USE ONLY (*Solo para el uso de la agencia*)

Worker's D-Number: \_\_\_\_\_

**Instrucciones para llenar FAA-0260A-S**  
**DENUNCIA DE AGRESIÓN SEXUAL O INCESTO**

A. Propósito.

Proporcionar un método para que el padre o pariente que no es uno de los padres proporcione una declaración de que el niño fue concebido como resultado de abuso sexual o incesto.

B. Cómo llenar el formulario.

A llenarse por el cliente y firmarse por el trabajador de elegibilidad (EI).

C. Distribución.

La original a archivarse en el expediente del caso, una copia a OSI y una copia al cliente.

D. Retención.

A mantenerse en la sección permanente del registro del caso hasta que este se destruya.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

---

Agencias de DES/TANF son empleadores y programas de igualdad de oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.