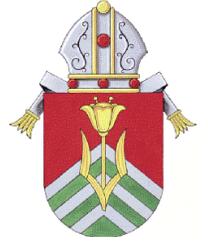


# Diócesis de Wheeling-Charleston

## Oficina de Entorno Seguro



### Cuestionario para recibir la *Política sobre abuso sexual de menores*

**Aviso de confidencialidad:** Toda la información de este formulario se mantiene bajo estricta confidencialidad. El propósito de esta información es asegurar la precisión de la información relacionada con el solicitante. **Se deben completar ambos lados de este formulario.**

#### COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle

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

Dirección postal (si es distinta a la de arriba): \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_(\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_

Número del Seguro Social (solo los últimos cuatro dígitos)

**(Por favor marque lo pertinente)** Si en la actualidad trabaja para una Organización Católica de la Diócesis de Wheeling – Charleston, debe marcar la casilla de empleado.

Empleado Dónde: \_\_\_\_\_

Voluntario Dónde: \_\_\_\_\_

**¿Alguna vez han presentado alguna acusación delictiva o civil en su contra, donde lo hayan acusado de abuso físico o sexual?**

SÍ  NO

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente la acusación. Por favor indique la fecha, la naturaleza y el lugar del incidente donde presentaron la acusación y la disposición de la misma.

**¿Alguna vez ha terminado el empleo o lo han despedido por razones que se relacionen con acusaciones de abuso físico o sexual?**

SÍ  NO

Si la respuesta es afirmativa, explique brevemente la acusación. Por favor, indique la fecha, la naturaleza y el lugar de las acusaciones, el empleador en ese momento, lo cual incluye el nombre del empleador, la dirección y el número telefónico.

**¿Alguna vez ha recibido tratamiento médico, físico o psicológico por razones que se relacionen con el abuso físico o sexual por parte suya?**

SÍ  NO

Si la respuesta es afirmativa, describa brevemente el tratamiento e incluya las fechas, la naturaleza y los lugares, e identifique al médico tratante por su nombre, dirección y número telefónico.

- voltee la página -

- voltee la página-

La información que suministré en el reverso de este cuestionario es correcta en mi opinión y la Diócesis de Wheeling-Charleston la puede verificar. Estoy de acuerdo en firmar toda autorización necesaria para que se le divulguen a la Diócesis de Wheeling-Charleston mis registros de empleos anteriores, médicos, judiciales y la información pertinente a los asuntos que aborda este cuestionario.

Además, por la presente confirmo que he recibido una copia de la Política sobre abuso sexual de la Diócesis de Wheeling-Charleston y que leeré la política y me comportaré de acuerdo con ella. que estipula.

---

Firma

---

Aclaración

---

Fecha

---

Nombre la parroquia, la escuela o el lugar donde trabaja o es voluntario, o el lugar donde se está postulando para trabajar o ser voluntario.

---

Correo electrónico

---

---

Envíe este formulario a una de las siguientes opciones (a quien corresponda):

- Al coordinador de Entorno Seguro a nivel local de su parroquia, escuela, institución/lugar donde trabaja o es voluntario, o de donde se está postulando para trabajar o ser voluntario.
- A su moderador del Taller sobre Entorno Seguro, si ha completado este formulario durante una sesión presencial de VITRUS.
- Office of Safe Environment  
Diocese of Wheeling-Charleston  
1311 Byron Street  
P.O. Box 230  
Wheeling, WV 26003