

State of Illinois  
Department of Children and Family Services  
**AUTHORIZATION FOR BACKGROUND CHECK**  
Child Abuse and Neglect Tracking Systems (CANTS)  
**For Programs NOT Licensed by DCFS**

**NOTE: Do not use this form if you are an applicant for licensure or an employee/volunteer of a licensed child care facility. Please contact your licensing representative.**

**Name:** \_\_\_\_\_  
Last First Middle

Date of Birth:  -  -  Gender:  Male  Female Race: \_\_\_\_\_

Current Address: \_\_\_\_\_  
Street/Apt #  
\_\_\_\_\_ City State Zip

If you currently reside in Illinois, please list all previous addresses for the past five years.

OR

If you currently reside out-of-state, please provide ALL Illinois addresses in which you did reside while living in Illinois.

(Street/Apt#/City/County/State/Zip Code) Dates From/To  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Parish/School/Agency: \_\_\_\_\_

**Your Position (Circle One):** Priest Deacon Religious Order Lay Employee Volunteer

List maiden name and/or all other names by which you have been known (last, first, middle):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

I hereby authorize the Illinois Department of Children and Family Services to conduct a search of the Child Abuse and Neglect Tracking System (CANTS) to determine whether I have been a perpetrator of an indicated incident of child abuse and/or neglect or involved in a pending investigation. I further consent to the release of this information to the agency listed below.

\_\_\_\_\_  
Signed Date

**Please type, use bold letters or label:**

**312-751-8307**  
**safekids@archchicago.org**  
**Archdiocese of Chicago**  
**Mary Jane Doerr**  
**743 N. Dearborn St.**  
**Chicago, IL 60654**

(Submitting Agency Fax Number)  
(Submitting Agency Email Address)  
(Agency Name)  
(Contact Person)  
(Address)  
(City/State/Zip)

**Submit by mail OR fax OR email**  
Mail to: Department of Children and Family Services  
406 E. Monroe - Station #30  
Springfield, IL 62701  
FAX to: 217-782-3991  
Scan/Email to: CFS689Background@illinois.gov

**AUTORIZACIÓN PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES**

Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños (CANTS)

**Para programas NO licenciados por DCFS**

**NOTA: No utilice este formulario si usted está solicitando una licencia o si es un empleado/voluntario de una instalación de atención a menores. Sírvase ponerse en contacto con su representante de licenciamiento.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Fecha de nac.:  --  --

Sexo:  Masc.  Fem.

Raza: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

**Calle/Nº de Apto**

\_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código postal

Si actualmente usted es residente de Illinois, por favor, liste todas las direcciones anteriores por los últimos cinco años O Si usted actualmente reside en otro estado, por favor liste todas las direcciones de Illinois que haya vivido anteriormente en Illinois.

Calle/Nº de Apto./Ciudad/Condado/Estado/Código postal

Fecha de/a

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Parroquia / Escuela / Agencia: \_\_\_\_\_

Su Posicion (Circule Uno): Sacerdote   Diacono   Orden Religiosa   Empleado Laico   Voluntario

Detalle el nombre de soltera/o y todos otros nombres por los cuales ha sido conocido/a: (apellido, 1º nombre, 2º nombre)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por este medio yo autorizo al Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois a realizar una búsqueda en el Sistema de Rastreo de Abuso y Negligencia de Niños (CANTS) para determinar si he sido hallado culpable de algun/os incidente/s de abuso y/o negligencia infantil o si he sido involucrado en alguna investigación pendiente. Además doy mi consentimiento para revelar esta información a la agencia que se detalla a continuación.

**Envío por correo O por fax O electronicamente**  
Envío: Department of Children and Family Services  
406 E. Monroe – Station #30  
Springfield, IL 62701  
Por fax a: 217-782-3991  
Por scan O correo electrónico a:  
CFS689Background@illinois.gov

Firmado

Fecha

Por favor escriba en letra de imprenta, o utilice letras negrillas o una etiqueta:

312-751-8307 (Número de fax de la agencia presentando)

safekids@archchicago.org (Presentando dirección electrónica)

Archdiocese of Chicago (Nombre de la agencia)

Mary Jane Doerr (Persona de contacto)

743 North Dearborn Street (Dirección)

Chicago, Illinois 60654 (Ciudad/Estado/C.P.)