



ACP

Address Confidentiality Program



# Colorado ACP Application

For ACP use only:	Certification Date	Initials	Apt. #
-------------------	--------------------	----------	--------

### SECCIÓN UNO: INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

Nombre legal del Solicitante ( <i>Nombre, Segundo Nombre, Apellido</i> )	Fecha de Nacimiento ( <i>mm/dd/yyyy</i> )
--	---

Nombre a ser utilizado en las etiquetas de correo

Genero (*opcional*):  Masculino  Femenino  Otro Genero

Nombre legal del Co-Solicitante(s) ( <i>Nombre, segundo nombre, apellido</i> )	Fecha de Nacimiento	Co-Solicitante Genero ( <i>optional</i> )	Relación al Solicitante
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro Genero	
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro Genero	
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro Genero	
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro Genero	
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro Genero	

Dirección real (incluyendo ciudad y código postal) \* *este debe ser llenado*

Dirección postal (incluyendo ciudad y código postal) *OPCIONAL – Si prefiere que mandemos su correo a otra dirección*

N° de teléfono 1	N° de teléfono 2	Dirección de correo-e (en su caso)
------------------	------------------	------------------------------------

Nombre de contacto de emergencia	Número de teléfono de contacto de emergencia
----------------------------------	--

### SECCIÓN DOS: EVIDENCIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, ASALTO SEXUAL U ACECHO/ACOSO

**Agregar la siguiente evidencia a la presente solicitud** (§ 24-30-2105(3)(c), C.R.S.)

- Registros o expedientes de policía, tribunales u otra agencia gubernamental estatal o local o agencia federal;
- Documentación de un programa o centro de violencia doméstica, inclusive, pero sin limitarse a albergue o refugio de mujeres maltratadas, si se alega que el solicitante es víctima de violencia doméstica;
- Documentación de un programa de asalto sexual, si se alega que el solicitante es víctima de un delito sexual; o
- Documentación de un profesional religioso, médico u otro profesional del cual el solicitante ha procurado ayuda para hacer frente a la supuesta violencia doméstica, asalto sexual o acecho/acoso.

### SECCIÓN TRES: ÓRDENES JUDICIALES EXISTENTES O ACCIONES DE TRIBUNAL PENDIENTES

¿Tiene usted conocimiento de cualquier orden judicial o acciones de tribunal pendientes relacionados con procedimientos de disolución matrimonial, manutención de menores o la asignación de responsabilidades de padres o tiempo de visita de padres?  Sí  No

Si la respuesta es sí, enumere todas las acciones abajo:

Tribunal	Nombres de las personas	Número de caso

Disclaimer: This project supported by federal grant 2015-VA-GX-0040, issued by the Colorado Division of Criminal Justice.

El motivo(s) para la inscripción:  **Violencia doméstica**  **Acecho/Acoso**  **Asalto Sexual**

Tengo motivo suficiente para creer que soy (o que el solicitante/solicitante del cual soy el padre/madre/tutor) es una víctima de violencia doméstica, asalto sexual u hostigamiento cometido por una persona empleada por, o que tiene relaciones personales con una agencia policiaca, gubernamental o militar.  **Sí**  **No** Si la respuesta es sí, describir (puede agregar una página por separado).

**SECCIÓN CUATRO: DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE**

- Yo soy una víctima adulta de violencia doméstica, asalto sexual o acecho/acoso, o el padre o tutor de un niño o un adulto incapacitado que sea víctima. Temo por mi seguridad y / o la seguridad de las personas para los cuales yo soy el padre o tutor. Si me estoy inscribiendo como co-solicitante, resido con una víctima de violencia doméstica, asalto sexual o acecho AL inscribirse en este programa le ayudará a mantener el solicitante principal seguro.
- He reubicado de forma confidencial dentro de los últimos 90 días o un plan para mover de forma confidencial en Colorado.
- La divulgación de la dirección en esta aplicación pondría en peligro mi seguridad y / o la seguridad de la persona (s) en cuyo nombre se presenta la solicitud.
- Entiendo que ACP es un servicio de reenvío de correo de primera clase y que puede tomar más tiempo para recibir mi correo.
- Yo entiendo que un nombre de alias es un nombre falso que no debe ser utilizado para ningún registro oficial. No voy a proporcionar un nombre de alias a la ACP que es también el nombre de una persona real, conocido. (Celebrity, carácter, amigo, etc.)
- Entiendo que es mi responsabilidad notificar a las agencias gubernamentales de mi participación en ACP y que las agencias del gobierno no aceptará mi dirección ACP sin presentar mi tarjeta de autorización ACP.
- Entiendo que ACP sólo puede reenviar el correo a los que están inscritos en el programa.
- Entiendo que la ACP enviará cheques bancarios y placas de matrícula, pero no reenviar cualquier otro tipo de paquetes o correo basura.
- Entiendo que debo informar a ACP de cualquier dirección o cambios de número de teléfono dentro de los siete días del cambio y **cambios de nombre dentro de treinta días del cambio.**
- Voy a notificar a ACP si ya no deseo participar en el programa. Es mi responsabilidad de notificar a todas las personas y las organizaciones necesarias cuando la dirección de ACP ya no es mi dirección.
- Entiendo que proporcionar información falsa o incorrecta a ACP dará lugar a la terminación del programa y las posibles sanciones penales.
- Designo a ACP como mi agente para el servicio del proceso y el recibimiento de el correo legal y primera clase. Yo entiendo que soy legalmente responsable de todas las obligaciones contenidas en los documentos enviados a mí por ACP.

**Al firmar, afirmo y reconozco que he leído, entiendo, y estoy de acuerdo con las declaraciones anteriores. Bajo pena de perjurio y al mejor de mi conocimiento, la información contenida en esta solicitud es la verdad y correcta.** Todos los cambios hechos a la información proporcionada en esta solicitud son considerados una extensión de esta solicitud y están sujetos a las mismas leyes y disposiciones que la aplicación original.

\_\_\_\_\_  
*Firma de solicitante o padre/madre/tutor* \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
*Firma de solicitante (si es mayor de 18 años de edad)* \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
*Firma de solicitante (si es mayor de 18 años de edad)* \_\_\_\_\_  
Fecha

**SECCIÓN CINCO: RECOMENDACIÓN DEL REPRESENTANTE DE SOLICITUD**

**Ayudé en la preparación de la presente solicitud y considero que el plan de seguridad general del solicitante debe incluir el Programa de Confidencialidad de Dirección.**

\_\_\_\_\_  
*Firma y número de registración* \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono de la agencia

\_\_\_\_\_  
*Escriba su nombre en letra de molde aquí* \_\_\_\_\_  
Fecha

Disclaimer: This project supported by federal grant 2015-VA-GX-0040, issued by the Colorado Division of Criminal Justice.