



PROGRAMA DE CONFIDENCIALIDAD DE DOMICILIO SOLICITUD



SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL/DE LA SOLICITANTE

Tipo de solicitud	Por favor, complete la solicitud y la lista de verificación y envíelas por correo postal, fax o correo electrónico a:		
<input type="checkbox"/> Nueva	IDAHO ADDRESS CONFIDENTIALITY PROGRAM		
<input type="checkbox"/> Renovación	P. O. Box 1737 Boise, ID 83701-1737	Correo electrónico: acp@sos.idaho.gov Teléfono: (208) 334-2852	Fax: (208) 334-2282

Nombre legal del/de la solicitante			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	

Alias (si tiene alguno)	Fecha de nacimiento

¿Ha participado el/la solicitante en un programa de confidencialidad de domicilio en otro estado?

No Sí Si respondió "Sí", indique en cuál estado:

SECCIÓN 2: MENORES DE EDAD Y PERSONAS INCAPACITADAS (Nota: Cada solicitante adulto debe completar y firmar su propia solicitud y lista de verificación)

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el/la solicitante
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

SECCIÓN 3: DOMICILIO E INFORMACIÓN DE CONTACTO (Nota: NO divulgaremos esta información.)

Información de contacto	
Número de teléfono	Correo electrónico

Dirección de reenvío de correo postal			
Dirección física			Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Dirección donde vive (si es diferente a la anterior)			
Dirección física			Número de apartamento
Ciudad	Estado	Código postal	Condado

SECCIÓN 4: CERTIFICACIÓN

- Soy sobreviviente de violencia doméstica, agresión sexual, acecho, tráfico de personas o acoso malicioso, y temo por mi seguridad y la seguridad de mi(s) hijo(s)/hija(s) o por la de una persona de quien soy tutor(a).
- Considero que la divulgación de mi domicilio real pondría en peligro mi seguridad o la seguridad de los miembros de mi hogar.
- Al inscribirme en el Programa de Confidencialidad de Domicilio de Idaho designo consciente y voluntariamente al Secretario del Estado de Idaho como mi agente para efectos de entrega de notificaciones y recepción de correo de primera clase, certificado o registrado.
- También exoneró y eximo al Estado de Idaho de cualquier reclamación futura que pueda surgir en su contra debido a mi participación en este programa, salvo en el caso de una reclamación basada en negligencia grave.
- Ahora vivo en un lugar del cual no tiene conocimiento la persona abusadora.
- He recibido y entendido la información de la "Lista de Verificación de Entendimiento" del Programa de Confidencialidad de Domicilio (ACP, por sus siglas en inglés), la cual hace parte de esta solicitud.
- Entiendo que suministrar información incorrecta o falsa al ACP puede comprometer mi participación en el programa.
- Juro o afirmo solemnemente que a mi leal saber y entender toda la información incluida en esta solicitud es verdadera.

Nombre del/de la solicitante en letra de imprenta:	Firma del/de la solicitante:	Fecha:
--	------------------------------	--------



PROGRAMA DE CONFIDENCIALIDAD DE DOMICILIO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ENTENDIMIENTO



SECCIÓN 7: INSTRUCCIONES

Por favor, escriba sus iniciales en la línea indicada en cada párrafo e incluya la Lista de Verificación de Entendimiento junto con su solicitud.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE ENTENDIMIENTO

_____ (Iniciales) Entiendo que es mi responsabilidad contactar a familiares, amigos, empresas y oficinas del gobierno para notificarles que me he mudado a un lugar confidencial y que tengo una dirección postal asignada por el Programa de Confidencialidad de Domicilio (ACP, por sus siglas en inglés). El ACP presta un servicio de reenvío de correo; por lo tanto, mi correo llegará primero al ACP y luego el ACP lo reenviará a mi dirección de reenvío de correo postal. Entiendo que el ACP no reenvía revistas, paquetes ni correo masivo preclasificado.

_____ (Iniciales) Entiendo que es mi responsabilidad notificar a oficinas del gobierno estatal y local sobre mi participación en el ACP. Cuando mi solicitud sea aprobada, el ACP me enviará una tarjeta de autorización donde aparecerá impresa la dirección sustituta que me ha asignado el ACP. Si quiero que una oficina del gobierno estatal o local acepte la dirección sustituta que me ha asignado el ACP en lugar de la dirección de mi casa, debo mostrarle mi tarjeta de autorización del ACP al empleado de tal oficina.

_____ (Iniciales) Entiendo que voy a compartir la dirección del ACP (P.O. Box 1737, Boise, ID 83701-1737) con muchos otros participantes. El ACP recibe una gran cantidad de correo todos los días. Entiendo que si el número de tarjeta de autorización que me ha asignado el ACP no aparece en mi correo, es posible que mi correo se retrase o que yo nunca lo reciba.

_____ (Iniciales) Entiendo que en caso de mudarme a una nueva dirección o cambiar de nombre estoy obligado por ley a notificar dicho cambio al ACP con al menos 7 días de anterioridad. Sé que si la utilizo para solicitarle al Servicio Postal de los EE. UU. el reenvío de mi correo, mi nueva dirección entrará en una base nacional de datos. Por lo tanto, utilizaré únicamente la dirección sustituta asignada por el ACP.

_____ (Iniciales) Entiendo que las oficinas del gobierno estatal y local son las únicas que están obligadas a aceptar la dirección sustituta que me ha asignado el ACP en lugar de la dirección de mi casa. Aunque las empresas privadas —tales como bancos, supermercados o grandes almacenes, oficinas de informes de crédito, etc.— no están obligadas a aceptar mi dirección sustituta del ACP, debo pedirles que utilicen dicha dirección. Ciertas empresas tales como las de servicios públicos y las de seguros necesitan tener la dirección de mi casa para poder suministrarme servicios. En tal caso, es mi responsabilidad averiguar qué opciones tengo para garantizar la seguridad de dicha información.

_____ (Iniciales) Las leyes del Estado de Idaho le prohíben al ACP revelar información incluida en los archivos de quienes participan en tal programa. Entiendo que el ACP puede revelar la información que contiene mi expediente —incluyendo dirección física y número de teléfono— únicamente por orden de un tribunal o a petición de una entidad del orden público para propósitos de la misma. Entiendo que la información que le di al ACP es confidencial, pero que mi participación en el ACP no lo es. El ACP puede verificar que estoy inscrito en el programa y que la dirección sustituta asignada por el ACP es mi dirección postal legal si alguna oficina estatal o local solicita tales datos.

_____ (Iniciales) Entiendo que mi participación en el ACP será cancelada si: 1) presento una solicitud notariada para retirarme del programa; 2) el ACP descubre que di información falsa en la solicitud del ACP; 3) cambio de nombre o me mudo a otra dirección sin notificar al ACP con anterioridad; 4) mi correo reenviado es devuelto al ACP debido a que no cumple con los requisitos de entrega del servicio postal.

_____ (Iniciales) Entiendo que puedo inscribirme para votar y que debo notificarle al encargado de las inscripciones que hago parte del Programa de Confidencialidad de Domicilio. Debo presentarme personalmente en la oficina del actuario del condado en el cual vivo para inscribirme en las votaciones o para cambiar los datos de mi inscripción de votante. Si realizo mi inscripción de votante de alguna otra manera distinta a la anterior, mi domicilio real formará parte de los registros públicos.

FIRMA

Firma del solicitante o padre/madre/tutor(a):

Fecha: