

**FORMULARIO DE  
SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA  
(HEARING REQUEST FORM)**

PARA: EL ADMINISTRADOR REGIONAL DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA FAMILIAS  
DE DELAWARE

Número del Caso de FACTS: \_\_\_\_\_  
Fecha del Aviso de Intención para Confirmar: \_\_\_\_\_

Solicito una audiencia en la Corte de Familia con el Aviso de Intención para confirmar el Abuso o Negligencia y Entrar en el Registro de Protección de Niños antes que yo haya entrado en el Registro.

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre con Letra de Imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Confirmada

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esta solicitud debe ser enviada por correo a:

Substantiation Hearing Coordinator  
Division of Family Services  
1825 Faulkland Road  
Wilmington, DE 19805

Pc: Registro del Caso