

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-161

DATE

06/08/2004

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE AD 10 SP (9/03) - Request For Reference

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 9/03	REPLACES 7/01	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> Other:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse Use new form effective 9/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy. Print 8 1/2 x 11.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

PETICION PARA UNA REFERENCIA**DEVUELVALO A:****CONCERNIENTE A:** _____

La persona (o personas) mencionada arriba está en el proceso de adoptar a un niño(a).

Nuestra oficina tiene la obligación de completar una evaluación de esta familia. El propósito de nuestra evaluación es determinar si esta familia es capaz de proporcionar cuidado responsable y afectuoso a un niño adoptado.

La familia ha dado el nombre de usted como referencia. Por favor conteste las siguientes preguntas y devuélvanos la forma completada en el sobre que se adjunta antes de que pasen siete días.

Gracias.

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce a estas personas? _____

2. ¿En qué capacidad? _____

3. De las siguientes características, ¿cuáles describen mejor a estas personas?

Solicitante 1**Solicitante 2**

- | | | | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comprensivo | <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Comprensivo | <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Impulsivo |
| <input type="checkbox"/> Desdichado | <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Ansioso/Nervioso | <input type="checkbox"/> Desdichado | <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Ansioso/Nervioso |
| <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Obstinado | <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Obstinado |
| <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Irresponsable | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Rígido |
| <input type="checkbox"/> Divertido | <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Calmado | <input type="checkbox"/> Divertido | <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Calmado |
| <input type="checkbox"/> Aislado | <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Involucrado | <input type="checkbox"/> Aislado | <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Involucrado |
| <input type="checkbox"/> Generoso | <input type="checkbox"/> Brinda apoyo | <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Generoso | <input type="checkbox"/> Brinda apoyo | <input type="checkbox"/> Flexible |
| <input type="checkbox"/> Bondadoso | <input type="checkbox"/> Trabajador | <input type="checkbox"/> Divertido | <input type="checkbox"/> Bondadoso | <input type="checkbox"/> Trabajador | <input type="checkbox"/> Divertido |
| <input type="checkbox"/> Afirmativo | <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Malhumorado | <input type="checkbox"/> Afirmativo | <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Malhumorado |
| <input type="checkbox"/> Cuidadoso | <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Confiado | <input type="checkbox"/> Cuidadoso | <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Confiado |
| <input type="checkbox"/> Amigable/Sociable | <input type="checkbox"/> Desagradable | <input type="checkbox"/> Compasivo | <input type="checkbox"/> Amigable/Sociable | <input type="checkbox"/> Desagradable | <input type="checkbox"/> Compasivo |
| | <input type="checkbox"/> Compulsivo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | <input type="checkbox"/> Compulsivo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

4. ¿Cuáles son las cualidades principales de estas personas? _____

5. ¿Cuáles son las limitaciones/restricciones de estas personas? _____

6. ¿Qué clase de experiencias con niños han tenido estas personas? _____

7. Estas personas son muy capaces de proporcionar cariño y seguridad a un niño. *(Marque una de las casillas para cada persona.)*

Solicitante 1

- Estoy completamente de acuerdo
- Estoy de acuerdo
- Estoy algo de acuerdo
- No estoy de acuerdo
- Estoy completamente en desacuerdo

Solicitante 2

- Estoy completamente de acuerdo
- Estoy de acuerdo
- Estoy algo de acuerdo
- No estoy de acuerdo
- Estoy completamente en desacuerdo

8. Según su conocimiento, ¿están estas personas afiliadas con algún culto, grupo u organización que fomenta creencias que le causan preocupación y/o parecen incompatibles con la paternidad/maternidad responsable?

- Sí No Si la respuesta es "Sí", por favor anótelos: _____

9. A continuación encontrará ejemplos de comportamiento problemático. ¿Alguno de estos comportamientos ha sido un problema para estas personas?

Solicitante 1

- Uso excesivo del alcohol
- Historial de trabajo escaso
- Abuso de niños
- Abuso de drogas
- Comportamiento violento
- Administración monetaria inadecuada
- Jugador compulsivo
- Comportamiento sexual desviado
- Enfermedad mental
- Actividades criminales
- No es pertinente
- Otro: _____

Solicitante 2

- Uso excesivo del alcohol
- Historial de trabajo escaso
- Abuso de niños
- Abuso de drogas
- Comportamiento violento
- Administración monetaria inadecuada
- Jugador compulsivo
- Comportamiento sexual desviado
- Enfermedad mental
- Actividades criminales
- No es pertinente
- Otro: _____

10. Si usted marcó algún comportamiento problemático anotado en la pregunta No. 9, por favor explique en detalle la clase de problema y la manera en que fue tratado: _____

11. Esta es una pareja compatible y con una relación estable. *(Por favor marque una.)*

- No es pertinente Completamente de acuerdo De acuerdo Algo de acuerdo En desacuerdo Completamente en desacuerdo

12. ¿Cuáles de las siguientes declaraciones describen mejor el nivel de involucramiento que estas personas mantienen en la comunidad?

- Muchos amigos cercanos Varios amigos cercanos Pocos o ningún amigo cercano
 Regularmente asisten a servicios religiosos De vez en cuando asisten a servicios religiosos Nunca asisten a servicios religiosos
 Muchos contactos sociales Varios contactos sociales Pocos o ningún contacto social
 Activo en la comunidad Algún involucramiento en la comunidad Ningún involucramiento en la comunidad

13. ¿Se sentiría cómodo permitiendo que estas personas cuidaran permanentemente al niño de usted, si usted no pudiera hacerlo?
(Por favor marque una.)

- Muy cómodo Cómodo Algo cómodo
 Incómodo Muy incómodo No es pertinente

14. ¿Le gustaría hablar más sobre cualquiera de sus respuestas?

- Sí - Número de teléfono durante el día (_____) _____
 No

15. ¿Le podemos llamar si tenemos más preguntas?

- Sí - Número de teléfono durante el día (_____) _____
 No

16. Nos ayudaría saber si usted piensa discutir el contenido de sus respuestas con las personas mencionadas. Por favor marque la declaración que refleja su intención.

- Pienso discutir el contenido de mis respuestas He discutido el contenido de mis respuestas
 No pienso discutir el contenido de mis respuestas

COMENTARIOS ADICIONALES: *(Por favor use este espacio para incluir información adicional de la cual usted cree que debemos estar enterados.)*

Gracias por completar este cuestionario.

FIRMA

FECHA