

FOR COUNTY USE ONLY

COUNTY: _____

SOLICITUD DE LA FAMILIA DE APOYO

Instrucciones: Este es el formulario de solicitud para la aprobación de la familia de apoyo. Por favor escriba claramente a máquina o en letra de molde.

SOLICITUD INICIAL CAMBIO DE LOCALIDAD OTRO (ESPECIFIQUE): _____

I. SOLICITANTE(S): CADA SOLICITANTE TIENE QUE COMPLETAR UNA DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES RFA 01B.

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	
PRIMER SOLICITANTE:					
NOMBRES USADOS PREVIAMENTE: <i>*incluyendo el apellido de soltera</i>				GRADO ESCOLAR MÁS ALTO QUE COMPLETÓ	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	RAZA/ETNIA	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	
NOMBRE/DOMICILIO DEL EMPLEADOR		NÚM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO	OCUPACIÓN	INGRESOS ANUALES	
CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)		NÚM. DE TELÉFONO MÓVIL	NÚMERO DE TELÉFONO EN CASA		

PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO	
SEGUNDO SOLICITANTE:					
NOMBRES USADOS PREVIAMENTE: <i>*incluyendo el apellido de soltera</i>				GRADO ESCOLAR MÁS ALTO QUE COMPLETÓ	
FECHA DE NACIMIENTO		SEXO	RAZA/ETNIA	NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR	
NOMBRE/DOMICILIO DEL EMPLEADOR		NÚM. DE TELÉFONO DEL TRABAJO	OCUPACIÓN	INGRESOS ANUALES	
CORREO ELECTRÓNICO (OPCIONAL)		NÚM. DE TELÉFONO MÓVIL	NÚMERO DE TELÉFONO EN CASA		

II. LUGAR DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE(S)

DOMICILIO PARTICULAR	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DOMICILIO DONDE RECIBE CORREO (SI ES DISTINTO)			
¿Es usted dueño, renta, o alquila el lugar de residencia?		Marque uno: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Alquila	
¿Hay armas en el hogar?		Marque uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Alguna persona no anotada en este documento usa el lugar de residencia como su domicilio donde recibe correo?		Marque uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿quién?: _____	
Por favor provea las direcciones para llegar a su lugar de residencia, incluyendo información sobre las principales calles transversales.			
¿Qué idiomas se hablan en su hogar?			



Cuerpo de agua	Marque uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "Sí", por favor describa la localidad del cuerpo de agua y su tamaño.	

III. RELACIÓN DE LOS SOLICITANTES

SI HAY MÁS DE UN SOLICITANTE, ¿CUÁL ES SU RELACIÓN? <i>Por favor marque uno.</i>	
<input type="checkbox"/> CASADOS <input type="checkbox"/> UNIÓN DOMÉSTICA <input type="checkbox"/> PARIENTES (FAMILIAR) <input type="checkbox"/> COHABITANTES <input type="checkbox"/> OTRO _____	
FECHA DEL MATRIMONIO/UNIÓN DOMÉSTICA ACTUAL	
LUGAR DEL MATRIMONIO/UNIÓN DOMÉSTICA ACTUAL (CIUDAD Y ESTADO)	

IV. NIÑOS MENORES DE EDAD QUE RESIDEN EN EL HOGAR

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	¿USTED MANTIENE A ESTE NIÑO ECONÓMICAMENTE?		ADOPTADO	
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

V. OTROS ADULTOS QUE RESIDEN EN EL HOGAR

Cada adulto que reside o está presente en el hogar regularmente tiene que completar una "Declaración de Antecedentes Criminales" RFA 01B.

NOMBRE COMPLETO (PRIMER NOMBRE, INICIAL Y APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE(S)

VI. HISTORIAL DEL SOLICITANTE(S)

HISTORIAL DE MATRIMONIOS			
NOMBRE DEL EX ESPOSO(A)	FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO (CIUDAD Y ESTADO)	FECHA Y LUGAR DEL DIVORCIO	FECHA Y LUGAR DE DEFUNCIÓN
PRIMER SOLICITANTE:			
SEGUNDO SOLICITANTE:			

HIJOS ADULTOS DEL SOLICITANTE(S)				
NOMBRE COMPLETO	NÚMERO DE TELÉFONO Y DOMICILIO	RELACIÓN	¿VIVE EN CASA?	FECHA DE NACIMIENTO



VII. NIÑO DESEADO

- ¿El niño ha sido identificado? Marque uno: Sí No Si la respuesta es "Sí", complete el formulario RFA 01C
- ¿El niño está ahora en el hogar de usted? Marque uno: Sí No

SI NO SE HA IDENTIFICADO A UN NIÑO, POR FAVOR INDIQUE SUS PREFERENCIAS:

EDAD(ES)	SEXO	ETNIA	HERMANOS (GRUPO)	MARQUE TODO LO QUE USTED ESTÁ DISPUESTO A ACEPTAR
<input type="checkbox"/> 0 A 3 años	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Caucásico	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> Historial de abuso físico y/o descuido
<input type="checkbox"/> 4 A 8 años	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Historial de abuso sexual
<input type="checkbox"/> 9 A 12 años	<input type="checkbox"/> Sin preferencia	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Historial de enfermedad mental
<input type="checkbox"/> 13 A 15 años		<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Medicamento frágil
<input type="checkbox"/> 16 A 18 años		<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> 5 o más	<input type="checkbox"/> Físicamente discapacitado
<input type="checkbox"/> 18 A 21 años		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Intelectualmente limitado
<input type="checkbox"/> Sin preferencia		<input type="checkbox"/> Sin Preferencia		<input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje
				<input type="checkbox"/> Expuesto al alcohol/drogas
				<input type="checkbox"/> Comportamiento antagónico/desafiante
				<input type="checkbox"/> Antecedentes adversos de los padres
				<input type="checkbox"/> Religión distinta
				<input type="checkbox"/> Origen étnico y/o cultural distinto
				<input type="checkbox"/> No ambulatorio
				<input type="checkbox"/> Joven en libertad condicional
				<input type="checkbox"/> LGBTQ

VIII. HISTORIAL DE CRIANZA TEMPORAL/ADOPCIÓN/LICENCIA

- ¿Ha tenido usted licencia, o ha estado certificado o aprobado previamente para proveer crianza temporal?
Si la respuesta es "Sí", nombre de la agencia(s): _____
Clase de licencia/certificación/aprobación: _____
- ¿Ha solicitado usted una adopción previamente?
Si la respuesta es Sí, nombre de la agencia(s): _____
- ¿Ha tenido usted licencia previamente para operar un centro de cuidado en la comunidad que no sea de crianza temporal; o una guardería infantil, un hogar que provee cuidado de niños, o un hogar para el cuidado de ancianos?
Si la respuesta es "Sí", clase de licencia: _____
- ¿Ha estado usted empleado previamente o ha sido voluntario en un centro de cuidado en la comunidad, en una guardería infantil, en un hogar que provee cuidado de niños, o en un hogar para el cuidado de ancianos?
Si la respuesta es "Sí", nombre del centro(s): _____
- ¿Alguna vez le han negado una solicitud previa para una licencia, certificación, para un miembro de la familia extendida que sea pariente o no, o la aprobación de familia de apoyo?
Marque uno: Sí No
- ¿Le han suspendido, revocado o anulado una licencia, certificación, o aprobación?
Marque uno: Sí No
- ¿Alguna vez ha sido sujeto a una orden de exclusión?
Marque uno: Sí No

**IX. REFERENCIAS**

Por favor anote el nombre, los números de teléfono, domicilio y correo electrónico de tres personas quienes tienen conocimiento de la situación en su hogar, su estilo de vida, y su capacidad para ser proveedor de cuidado.

NOMBRE COMPLETO	NÚMERO(S) DE TELÉFONO	DOMICILIO DONDE RECIBE CORREO /CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO

X. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE(S)

Declaro/declaramos que:

- Tengo/tenemos los medios económicos para asegurar la estabilidad y seguridad económica de la familia.
- Tengo/tenemos la habilidad y la disposición de cumplir con las leyes, reglamentos y directivas por escrito que gobiernan al Programa de Aprobación de Familias de Apoyo.
- Entiendo/entendemos que los niños y los dependientes no menores de edad tienen derechos personales conforme a la Sección 16001.9 del Código de Bienestar e Instituciones y a las directivas por escrito, y tengo/tenemos la habilidad y la disposición de proteger esos derechos.
- Tengo/tenemos la habilidad y la disposición de entender las necesidades de seguridad, permanencia y bienestar de los niños y dependientes no menores de edad quienes han sido víctimas de abuso de niños y descuido, y la habilidad y disposición de cubrir esas necesidades, incluyendo la necesidad de protección.
- Tengo/tenemos la habilidad y la disposición de entender mi/nuestro papel como Familia de Apoyo y la capacidad de trabajar cooperativamente con la agencia, el Condado y otros proveedores de servicio para implementar el plan del caso del niño o del dependiente no menor de edad.
- Tengo/tenemos la habilidad y la disposición para mantener el ambiente menos restrictivo y más de ambiente familiar, el cual cubre las necesidades del niño o del dependiente no menor de edad.
- Al firmar esta solicitud, entiendo/entendemos que se requerirá que mi/nuestros recomendantes, médico y empleador completen formularios de rutina, que mi/nuestro estado económico será verificado, y que se efectuará una revisión de antecedentes penales.
- Afirmo/afirmamos que la información provista en este formulario es cierta y correcta, y no contiene omisiones materiales de datos según mi leal saber y entender.
- Entiendo/entendemos que cualquier declaración falsa o engañosa hecha ante el Condado o el departamento para obtener o mantener la aprobación de Familia de Apoyo puede resultar en una negación o anulación de la aprobación de Familia de Apoyo.
- Entiendo/entendemos que tengo/tenemos el derecho de apelar cualquier decisión sobre la disposición de esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE(S)	CIUDAD Y CONDADO DONDE FIRMARON	FECHA