

APROBACIÓN DE FAMILIA DE APOYO PLAN ALTERNATIVO DOCUMENTADO (DAP)

La Community Care Licensing Division (División de Licenciamiento para Ofrecer Cuidado en la Comunidad) (CCL) del Departamento de Servicios Sociales de California puede aprobar un DAP para cualquier norma de entorno familiar expuesta en las secciones 88362(a)(1), 88487.1(b)(2), 88487.1(c)(1) o 88487.1(c)(2) de las Normas de Licenciamiento Provisionales (ILS) de las oficinas para familias de crianza temporal (FFA), con tal de que no sea una norma relacionada con la seguridad.

A. Solicitud de la oficina para familias de crianza temporal

Instrucciones: *La sección A la deberá llenar una oficina para familias de crianza temporal en nombre de un solicitante o una Familia de Apoyo. Después de que la llene, la oficina para familias de crianza temporal debe enviar el formulario a la CCL. Deberán adjuntarse a la solicitud documentos de respaldo, que incluyan un bosquejo del hogar, los recintos y las disposiciones para dormir de todas las personas que residen en el*

| | |
|--|--|
| Nombre y dirección postal de la FFA: | Número de licencia de la FFA: |
| | Correo electrónico: |
| Número de fax: | Número telefónico: |
| Nombre del solicitante / de la Familia de Apoyo: | Cupo del solicitante / de la Familia de Apoyo: |
| Dirección del solicitante / de la Familia de Apoyo: | |
| Nombre y dirección postal del condado / oficina de colocaciones: | Nombre/Cargo del trabajador de la oficina de colocaciones: |
| | Número telefónico: |

Plan alternativo documentado

- Nueva solicitud de DAP**
 Cambios a un DAP vigente
 (Si es así, adjunte una copia del DAP vigente)
- Esta solicitud de DAP se refiere a la siguiente sección de las ILS de FFA:

 88487.1(b)(2) 88487.1(c)(1) 88487.1(c)(2) 88362(a)(1)

 ❖ Una solicitud de DAP para la sección 88487.1(b)(2) de las ILS de FFA puede aprobarse solo para un Padre de Apoyo o un adulto que reside en el hogar. Un niño o dependiente mayor de edad no puede dormir en una habitación comúnmente utilizada para otros fines.
- | | |
|---|--|
| 3. ¿Se ha evaluado el DAP propuesto con la oficina de colocaciones? En caso negativo, adjunte documentación de todos los intentos realizados para contactar a la oficina de colocaciones. | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| En caso afirmativo, ¿la oficina de colocaciones aprobó el DAP propuesto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
- | | |
|--|--|
| 4. ¿El DAP propuesto ha sido evaluado y aprobado por el solicitante o la Familia de Apoyo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|--|--|

Plan alternativo documentado (a continuación)

5. ¿El condado ha colocado a un niño o dependiente mayor de edad en una emergencia de acuerdo con la sección 309 o 361.45 del Welfare and Institutions Code (Código de Bienestar Público e Instituciones)? **(Solo aplica a un solicitante, una Familia de Apoyo en estado inactivo o una Familia de Apoyo con la aprobación de cuidar a un niño específico.**

- Sí
 No

6. Identifique a las personas para las que se propone este DAP :

| Nombre | Género | Edad | Relación |
|--------|--------|------|----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

7. Describa el DAP propuesto. (Adjunte otra hoja de papel si es necesario).

8. Describa como el DAP propuesto cumple con las mismas normas en términos de seguridad, higiene y derechos personales de cada niño o dependiente mayor de edad en el hogar. (Adjunte otra hoja de papel si es necesario).

Plan alternativo documentado (a continuación)

9. Describa como el DAP propuesto no perjudica la salud y la seguridad de ningún niño o dependiente mayor de edad en el hogar. (Adjunte otra hoja de papel si es necesario).

10. Describa como el DAP propone lo mejor para todos los niños y dependientes mayores de edad. (Adjunte otra hoja de papel si es necesario).

11. Establezca el periodo que se solicita para el DAP propuesto.

Nombre del administrador o persona designada de la FFA:

Firma:

Fecha:

B. Respuesta de la División de Licenciamiento para Ofrecer Cuidado en la Comunidad (CCL) del CDSS

Instrucciones: *La CCL debe completar la sección B y devolverla a la oficina para familias de crianza temporal que figura en la sección A en un plazo de 14 días después de recibir la solicitud, o en un plazo de 7 días si la oficina para familias de crianza temporal respondió “sí” a la pregunta 5.*

Fecha en que se recibió la solicitud de DAP:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Este DAP propuesto está aprobado. |
| <input type="checkbox"/> | Este DAP propuesto se aprueba con las siguientes limitaciones: |
| <input type="checkbox"/> | Este DAP propuesto se niega por los siguientes motivos: |

CCL Regional Office:

| | | |
|------------------------------------|---|-------|
| Name of Licensing Program Analyst: | Signature of Licensing Program Analyst: | Date: |
| Name of Supervisor: | Signature of Supervisor: | Date: |