

APROBACIÓN DE FAMILIA DE APOYO SOLICITUD PARA APROBACIÓN SUBSECUENTE

Instrucciones: La sección I debe ser completada por la Familia de Apoyo y presentada a la oficina subsecuente.
La sección II debe ser completada por la oficina subsecuente y presentada a la oficina actual.
La sección III debe ser completada por la oficina actual que mantiene la aprobación de la Familia de Apoyo y debe ser devuelta a la oficina subsecuente dentro de 20 días hábiles.

I. SOLICITUD DE LA FAMILIA DE APOYO

Por motivos de portabilidad, en conformidad con la sección 16519.58 del Welfare and Institutions Code (Código de Bienestar Público e Instituciones) o la sección 1517.5 del Health and Safety Code (Código de Salud y Seguridad), Yo/Nosotros, _____ y _____
(Nombre del Padre/Madre de Apoyo 1) (Nombre del Padre/Madre de Apoyo 2)

☐ estoy/estamos interesado(s) en transferir mi/nuestra aprobación de Familia de Apoyo a: _____
(Nombre del condado)

☐ estoy/estamos interesado(s) en obtener la aprobación subsecuente de Familia de Apoyo de: _____
(Nombre de la oficina subsecuente)

Mi/Nuestra oficina actual es:

Nombre de la oficina actual:	Nombre del personal del programa RFA:	Número de teléfono:
Dirección postal:		

Entiendo/Entendemos que como parte de este proceso:

- La oficina actual debe compartir una copia de mi/nuestro expediente de Familia de Apoyo con la oficina subsecuente.
- La oficina subsecuente debe compartir una copia de mi/nuestra actualización con la oficina actual si se deniega mi/nuestra solicitud para aprobación subsecuente.

Firma del Padre/Madre de Apoyo 1:	Fecha:	Número de teléfono:	Correo electrónico:
Firma del Padre/Madre de Apoyo 2:	Fecha:	Número de teléfono:	Correo electrónico:

II. SUBSEQUENT AGENCY (FOSTER FAMILY AGENCY OR COUNTY) INFORMATION

Agency Name:	Date of Request:
Agency Representative:	Email Address:
Telephone Number:	Fax Number:
Mailing Address:	

III. CURRENT AGENCY (FOSTER FAMILY AGENCY OR COUNTY) RESPONSE

Has the Resource Family informed you of their intent to transfer their approval to a county or be approved by a subsequent foster family agency and the reason?	☐ Yes ☐ No
If yes, for what reason?	
Is the Resource Family currently approved?	☐ Yes ☐ No
How long has the Resource Family been approved with your agency?	
Is the approval of the Resource Family for a specific child or nonminor dependent?	☐ Yes ☐ No
Are there conditions placed on the approval of the Resource Family?	☐ Yes ☐ No
If yes, please describe:	
Is an administrative action for rescission of approval, criminal record exemption denial or rescission, or exclusion pending against the Resource Family or any person residing or regularly present in the home, or are you or the Department currently considering such an action?	☐ Yes ☐ No
If yes, for what reason?	
Has the Resource Family or any person residing or regularly present in the home been the subject of a child abuse or neglect report, a complaint, or an investigation?	☐ Yes ☐ No
If yes, please describe:	
Has the Resource Family ever been under a corrective action plan with your agency?	☐ Yes ☐ No
If yes, for what reason, and has the Resource Family corrected the identified deficiencies?	
Does the Resource Family currently have children or nonminor dependents in placement?	☐ Yes ☐ No
If yes, please answer the following questions:	
Has the placing agency been notified of the request to transfer?	
List all placing agencies:	

Agency Representative:	Date:
Agency Representative Signature:	Email Address:
Telephone Number:	Fax Number:
Agency Name and Mailing Address:	