

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-105

DATE

03/26/2004

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 FC 2 & FC 2 SP - Statement of Facts Supporting Eligibility for AFDC-FOSTER CARE (FC)

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input 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 7/02	REPLACES 5/00	<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 7/02

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Attached is a Reproducible Copy

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.

STATEMENT OF FACTS SUPPORTING ELIGIBILITY FOR AFDC-FOSTER CARE(FC)

INSTRUCTIONS: Complete in ink all questions to the left of the heavy black line. The parent/legal guardian completes the non-shaded sections of this form instead of the BCJA 2 or SAWS 2 at redetermination only; the placement worker/county welfare department is to complete the shaded portions. The placement worker/county welfare department may complete all sections of this form instead of the BCJA 2 or SAWS 2 at application and redetermination when the parent/legal guardian is:

- Not available Not cooperating Deceased Incapacitated

1. Child Name _____ 2. Male Female

3. Address _____

4. Birth date _____ 5. Birthplace _____

6. Social Security # _____ Applied For? Yes No

7. Citizen of U.S.? Yes No 8. Alien Status: _____

9. Does the child have medical insurance? Yes No

If yes, list policy number, company name, and name of policy:

10. Does the child have real or personal property? Yes No

If yes, list property type (land, cash, auto, motorcycle, life insurance, trust fund, bank account, bond, etc.) and its value:

11. Does the child have income? Yes No Unknown*
If yes, list amounts below. If application pending, check associated box.

Income Type	Amount	Pending
Social Security		<input type="checkbox"/>
Child Support		<input type="checkbox"/>
Railroad Retirement		<input type="checkbox"/>
SSI/SSP		<input type="checkbox"/>
Veteran's Benefits		<input type="checkbox"/>
Salary/Wages		<input type="checkbox"/>
Other (specify)		<input type="checkbox"/>
Total Amount/Month		<input type="checkbox"/>

* If unknown, please explain:

12. Name of School or Training Program:

TO BE COMPLETED BY PLACEMENT WORKER/COUNTY WELFARE DEPARTMENT STAFF

13. If child has salary/wages, is the child attending school at least half-time? Yes No

14. Does the child have an Independent Living Program Plan? Yes No

COMPLETE BELOW FOR CHILDREN 17 AND OLDER

15. Does the child attend school on a full-time basis? Yes No

16. Expected graduation/completion before 19th birthday? Yes No

ELIGIBILITY WORKER ONLY

- APPLICATION
 REDETERMINATION

CASE NAME _____

CASE NUMBER _____

VERIFICATION

AGE _____

SOCIAL SECURITY NUMBER _____

CITIZENSHIP/ALIEN STATUS _____

DHS 6155

CHILD'S PROPERTY _____

CHILD'S INCOME/PENDING INCOME _____

ILP _____

VERIFIED BY SCHOOL **YES**

SCHOOL ATTENDANCE

GRADUATION

(17) PARENTAL INFORMATION			
	Parent 1	Parent 2	Parent 3
Name			
Relationship			
Maiden Name			
Date of Birth			
Birthplace			
Social Security #			
Address			
Telephone #			
U.S. Citizen (yes or no)			
Veteran (Branch, Years in Service, Serial #)			

VERIFICATION
CHILD SUPPORT REFERRAL

(18) DEPRIVATION -- INITIAL AND REDETERMINATION	
A.	<p>Is either the mother or father deceased?</p> <p><input type="checkbox"/> yes, fill-in A1 and skip to #19. Deprivation exists, pending verification.</p> <p><input type="checkbox"/> no, PROCEED to B.</p> <p>A1. Deceased parent(s)' name: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Location of death: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Date of death: _____</p>
B.	<p>Did the mother and/or the father relinquish the child or have either parents' parental rights been terminated(TPR)?</p> <p><input type="checkbox"/> yes, fill-in B1 and skip to #19. Deprivation exists, pending verification.</p> <p><input type="checkbox"/> no, PROCEED to C.</p> <p>B1. Relinquishing/TPR parent (s): _____</p> <p>Date of Relinquishment(s) TPR(S): _____</p>
C.	<p>Are the mother and father living together?</p> <p><input type="checkbox"/> no, skip to #19. Deprivation exists, pending verification</p> <p><input type="checkbox"/> yes, PROCEED to D.</p>
D.	<p>Is either the mother or father physically or mentally incapacitated?</p> <p><input type="checkbox"/> yes, skip to #19. Deprivation exists, pending verification.</p> <p><input type="checkbox"/> no, PROCEED to E.</p>
E.	<p>Is either parent unemployed?</p> <p><input type="checkbox"/> no, go to #19.</p> <p><input type="checkbox"/> yes, go to #19.</p>

DEPRIVATION
DOCUMENTATION IN FILE:
<input type="checkbox"/> CA 341 (Medical report)
<input type="checkbox"/> Written statement from physician
<input type="checkbox"/> other substantiation (EAS 41-430)

TO BE COMPLETED BY COUNTY WELFARE DEPARTMENT AT REDETERMINATION ONLY

(19) REDETERMINATION OF DEPRIVATION - GOOD FAITH EFFORTS
<p>If the parent(s) is unavailable or uncooperative, please list below the good faith efforts made to contact the parent(s) (i.e., 2 phone calls attempted, 2 letters sent, 1 piece of returned mail, 1 home visit attempted, 1 failure to keep scheduled appointment, etc.) to redetermine deprivation.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

GOOD FAITH EFFORTS MADE?
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

DIRECTIONS: QUESTIONS 20-23 MUST BE COMPLETED AT INITIAL APPLICATION; QUESTIONS 20-21 MUST ALSO BE COMPLETED AT REDETERMINATIONS WHEN THERE ARE ANY CHANGES TO THE INFORMATION BELOW.

20. Parental Financial Information

	Parent 1	Parent 2	Parent 3
Name			
Relationship			
Occupation			
Name of Employer			
Address of Employer			
Work Hours/Month			
Gross Monthly Wage			
Child Support Paid			
Child Support Received			
Disability (State, Workers' Compensation, etc.)			
Unemployment Benefits			
Pensions			
SSI/SSP			
Veteran's Benefits			
Other Monthly Income (i.e., social security, etc.)			
Application for Income Pending (yes, no, or unknown)			
Accounts(checking, savings, etc.)			
Name of Financial Institution			
Address of Financial Institution			
Cash on Hand			
Other Assets			
Personal Property			
Real Property & Address			
Auto(Year/Model)			

PARENTAL INCOME

PARENTAL PENDING INCOME

PARENTAL RESOURCES

TO BE COMPLETED BY PLACEMENT WORKER/COUNTY WELFARE DEPARTMENT STAFF

21. What is the authority for the child's out-of-home placement?

- Voluntary placement agreement (SOC 155) Date: _____
- Relinquishment - Mother Date: _____
- Relinquishment - Father Date: _____
- Termination of Parental Rights Date: _____
- Child/Agency Agreement Date: _____
- Nonrelated legal guardian Date: _____
- Court Order

Check box to indicate in which court order the finding was made. Enter date of hearing/order.

Court Order Findings	Detention Date: _____	Jurisdictional Date: _____	Dispositional Date: _____	Petition/Other Date: _____
a) Continuance in the home is contrary to the welfare of the minor.				
b) Placement and care is vested with the county.				
c) Reasonable efforts to prevent the removal of the child were made or the lack of preplacement preventative efforts was reasonable.				

COURT ORDER FINDINGS MADE?

- FINDING a: YES NO
- FINDING b: YES NO
- FINDING c: YES NO

TO BE COMPLETED BY PLACEMENT WORKER/COUNTY WELFARE DEPARTMENT STAFF AT APPLICATION ONLY			
Check appropriate box.	Yes	No	Insufficient Information
22. Would the services case file support a determination that the parent or relative from whom removed had minimal income and resources and that the child probably would have been eligible for public assistance in the month of removal?			
23. Has the child lived with the parent or relative from whom removed within the last 6 months?			
PARENT/LEGAL GUARDIAN: I DECLARE UNDER PENALTY OF PERJURY THAT THE FOREGOING STATEMENTS ARE TRUE AND CORRECT.			
SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN			
COUNTY WHERE SIGNED	DATE		
PLACEMENT WORKER: ALL INFORMATION RECORDED ON THIS FORM IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.			
SIGNATURE OF PLACEMENT WORKER (NOT APPLICABLE IF PARENT OF LEGAL GUARDIAN AVAILABLE)			
NAME OF AGENCY	DATE		
SIGNATURE OF ELIGIBILITY WORKER		DATE	
SIGNATURE OF ELIGIBILITY WORKER SUPERVISOR		DATE	

VERIFICATION
POEM
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE FACILITIES REQUIREMENTS MET <input type="checkbox"/> SERVICES REQUIREMENTS MET
<input type="checkbox"/> NOT ELIGIBLE <input type="checkbox"/> ELIGIBLE <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> NONFEDERAL <input type="checkbox"/> OTHER

PERSONAL INFORMATION NOTICE

Pursuant to the Federal Privacy Act (P.L. 93-679) and the Information Practices Act of 1977 (Civil Code Sections 1798, et. seq.), notice is hereby given for the request of personal information by this form. The requested personal information is voluntary. The principal purpose of the voluntary information is to facilitate the processing of this form. The failure to provide all or any part of the requested information may delay processing of this form. No disclosure of personal information will be made unless permissible under Article 6, Section 1798.17 of the IPA of 1977. Each individual has the right upon request and proper identification, to inspect all personal information in any record maintained on the individual by an identifying particular. Direct any inquiries on information maintenance to your IPA Forms Officer.

DECLARACION DE DATOS QUE APOYAN LA ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA PARA FAMILIAS CON NIÑOS NECESITADOS—CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL (AFDC—FC)

INSTRUCCIONES: Complete con tinta todas las preguntas que están a la izquierda de la línea vertical doble. El padre/madre/tutor legal tiene que completar las secciones no sombreadas de este formulario en lugar de completar el BCJA 2 o el SAWS 2 solamente cuando se haga una redeterminación; el trabajador de colocaciones/departamento de bienestar público del condado tiene que completar las secciones sombreadas. Dicho trabajador/departamento puede completar todas las secciones de este formulario en lugar de completar el BCJA 2 o el SAWS 2 al hacerse la solicitud y redeterminación si el padre/madre/tutor legal:

- no está disponible no coopera ha muerto está incapacitado(a)

1. Nombre del niño	2. <input type="checkbox"/> Mascul. <input type="checkbox"/> Femen.
3. Dirección	
4. Fecha de nacimiento	5. Lugar de nacimiento
6. Número de Seguro Social ¿Lo ha solicitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. ¿Ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. Situación migratoria
9. ¿Tiene el niño seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Si contesta "Sí", indique el número de póliza, el nombre de la compañía y el nombre de la póliza:

10. ¿Tiene el niño bienes inmuebles o personales? Sí No

Si contesta "Sí", indique la clase de bienes (terrenos, efectivo, automóviles, motocicletas, seguro de vida, fondos en fideicomiso, cuentas bancarias, bonos, etc.) y su valor:

11. ¿Tiene el niño ingresos? Sí No No se sabe*
 Si contesta "Sí", indique las cantidades a continuación. Si tiene una solicitud pendiente, marque la casilla indicada.

Clase de ingresos	Cantidad	Pendiente
Seguro Social		<input type="checkbox"/>
Mantenimiento de hijos		<input type="checkbox"/>
Jubilación del ferrocarril		<input type="checkbox"/>
Ingresos Suplementales de Seguridad/ Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)		<input type="checkbox"/>
Beneficios para veteranos		<input type="checkbox"/>
Sueldo/salario		<input type="checkbox"/>
Otra (especifique)		<input type="checkbox"/>
Cantidad total/mes		<input type="checkbox"/>

*Si no se sabe, por favor dé una explicación:

12. Nombre de la escuela o del programa de entrenamiento:

SOLO PARA USO DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD
<input type="checkbox"/> APPLICATION
<input type="checkbox"/> REDETERMINATION
CASE NAME
CASE NUMBER

VERIFICATION

AGE

SOCIAL SECURITY NUMBER

CITIZENSHIP/ALIEN STATUS

DHS 6155

CHILD'S PROPERTY

CHILD'S INCOME/PENDING INCOME

PARA SER COMPLETADO POR EL TRABAJADOR DE COLOCACIONES/PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO

13. If child has salary/wages, is the child attending school at least half-time? Yes No

14. Does the child have an Independent Living Program Plan? Yes No

COMPLETE BELOW FOR CHILDREN 17 AND OLDER

15. Does the child attend school on a full-time basis? Yes No

16. Expected graduation/completion before 19th birthday? Yes No

ILP

VERIFIED BY SCHOOL YES

SCHOOL ATTENDANCE

GRADUATION

(17.) DATOS SOBRE LOS PADRES			
	Padre/Madre 1	Padre/Madre 2	Padre/Madre 3
Nombre			
Parentesco			
Nombre de soltera			
Fecha de nacimiento			
Lugar de nacimiento			
Número de Seguro Social			
Dirección			
Número de teléfono			
¿Ciudadano(a) de los EE.UU.? (sí o no)			
Veterano(a) (rama del servicio militar, años de servicio, número de orden)			

VERIFICATION

CHILD SUPPORT REFERRAL

(18.) CARENCIA — SOLICITUD INICIAL Y REDETERMINACION

A. ¿Ha muerto el padre o la madre?
 Sí Complete la parte A1 y vaya al No. 19. Se establece la carencia, a condición de que se verifique.
 No SIGA CON LA PARTE B.

A1. Nombre del padre/madre fallecido(a): _____
 Lugar de fallecimiento: _____
 Fecha de fallecimiento: _____

B. ¿Ha renunciado a su hijo(a) alguno de los padres o se le han terminado sus derechos como padre/madre (TPR*)?
 Sí Complete la parte B1 y vaya al No. 19. Se establece la carencia, a condición de que se verifique.
 No SIGA CON LA PARTE C.

B1. Padre/Madre que renunció/a quien se le terminaron sus derechos como padre/madre: _____
 Fecha de la renuncia/terminación de los derechos como padre/madre: _____
 *Terminación de los derechos como padre/madre (*Termination of Parental Rights* — TPR)

C. ¿Están viviendo juntos el padre y la madre?
 No Vaya al No. 19. Se establece la carencia, a condición de que se verifique.
 Sí SIGA CON LA PARTE D.

D. ¿Está el padre o la madre física o mentalmente incapacitado(a)?
 Sí Vaya al No. 19. Se establece la carencia, a condición de que se verifique.
 No SIGA CON LA PARTE E.

E. ¿Está desempleado alguno de los padres?
 No Siga con el No. 19.
 Sí Siga con el No. 19.

DEPRIVATION

DOCUMENTATION IN FILE:
 CA 341 (Medical report)
 Written statement from physician
 other substantiation (EAS 41-430)

PARA SER COMPLETADO POR EL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO SOLO AL HACERSE LA REDETERMINACION

(19.) REDETERMINATION OF DEPRIVATION - GOOD FAITH EFFORTS

If the parent(s) is unavailable or uncooperative, please list below the good faith efforts made to contact the parent(s) (i.e., 2 phone calls attempted, 2 letters sent, 1 piece of returned mail, 1 home visit attempted, 1 failure to keep scheduled appointment, etc.) to redetermine deprivation.

GOOD FAITH EFFORTS MADE?
 YES NO

INSTRUCCIONES: LAS PREGUNTAS 20-23 SE TIENEN QUE COMPLETAR AL HACER LA SOLICITUD INICIAL; LAS 20 Y 21 TAMBIEN SE TIENEN QUE COMPLETAR AL HACER UNA REDETERMINACION CUANDO HAYA CAMBIOS EN RELACION A LOS DATOS QUE APARECEN A CONTINUACION.

20. Datos sobre la situación financiera de los padres

	Padre/Madre 1	Padre/Madre 2	Padre/Madre 3
Nombre			
Parentesco			
Oficio			
Nombre del empleador			
Dirección del empleador			
Horas de trabajo/mes			
Salario bruto mensual			
Mantenimiento de hijos pagado			
Mantenimiento de hijos recibido			
Beneficios por incapacidad/discapacidad (seguro del Estado contra incapacidad, compensación por lesiones de trabajo, etc.)			
Beneficios de desempleo			
Pensiones			
SSI/SSP			
Beneficios para veteranos			
Otros ingresos mensuales (por ejemplo, Seguro Social, etc.)			
¿Hay una solicitud pendiente para recibir ingresos? (Sí, no, o no se sabe)			
Cuentas (de cheques, de ahorros, etc.)			
Nombre de la institución financiera			
Dirección de la institución financiera			
Efectivo a la mano			
Otros bienes			
Bienes personales			
Bienes inmuebles y dirección			
Automóviles (año/modelo)			

PARENTAL INCOME

PARENTAL PENDING INCOME

PARENTAL RESOURCES

PARA SER COMPLETADO POR EL TRABAJADOR DE COLOCACIONES/PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO

21. What is the authority for the child's out-of-home placement?

- Voluntary placement agreement (SOC 155) Date: _____
- Relinquishment - Mother Date: _____
- Relinquishment - Father Date: _____
- Termination of Parental Rights Date: _____
- Child/Agency Agreement Date: _____
- Nonrelated legal guardian Date: _____
- Court Order

Check box to indicate in which court order the finding was made. Enter date of hearing/order.

Court Order Findings	Detention Date: _____	Jurisdictional Date: _____	Dispositional Date: _____	Petition/Other Date: _____
a) Continuance in the home is contrary to the welfare of the minor.				
b) Placement and care is vested with the county.				
c) Reasonable efforts to prevent the removal of the child were made or the lack of preplacement preventative efforts was reasonable.				

COURT ORDER FINDINGS MADE?

- FINDING a: YES NO
 FINDING b: YES NO
 FINDING c: YES NO

PARA SER COMPLETADO POR EL TRABAJADOR DE COLOCACIONES/PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PUBLICO DEL CONDADO SOLO AL HACERSE LA SOLICITUD

VERIFICATION

Check appropriate box.	Yes	No	Insufficient Information
22. Would the services case file support a determination that the parent or relative from whom removed had minimal income and resources and that the child probably would have been eligible for public assistance in the month of removal?			
23. Has the child lived with the parent or relative from whom removed within the last 6 months?			

POEM

PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL:
DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LOS DATOS ANTES MENCIONADOS SON VERDADEROS Y CORRECTOS.

- ELIGIBLE FACILITIES REQUIREMENTS MET
- SERVICES REQUIREMENTS MET

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL

NOMBRE DEL CONDADO EN QUE SE FIRMA FECHA

TRABAJADOR DE COLOCACIONES:
TODA LA INFORMACION ANOTADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA DEL TRABAJADOR DE COLOCACIONES (NO ES PERTINENTE SI EL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL ESTA DISPONIBLE)

NOMBRE DE LA OFICINA FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD FECHA

- NOT ELIGIBLE
- ELIGIBLE
 - FEDERAL
 - NONFEDERAL
 - OTHER

FIRMA DEL SUPERVISOR DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD FECHA

AVISO SOBRE INFORMACION PERSONAL

De acuerdo al Decreto Federal sobre la Confidencialidad (Ley Pública 93-679) y al Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (IPA) (las Secciones 1798, y siguientes, del Código Civil), por este medio se da aviso de que este formulario solicita información personal. La información personal que se solicita es voluntaria. El propósito principal de la información voluntaria es facilitar la tramitación de este formulario. El no proporcionar toda o alguna parte de la información que se solicita puede retrasar la tramitación de este formulario. No se divulgará la información personal, a menos que se permita bajo la Sección 1798.17, Artículo 6, del IPA de 1977. Cada persona tiene el derecho, si lo solicita y presenta la identificación apropiada, de inspeccionar toda la información personal que se mantiene sobre la persona en cualquier expediente donde aparece algún dato particular que identifica a dicha persona. Dirija cualquier pregunta sobre el mantenimiento de información al oficial encargado de los formularios del IPA.