

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 05-031

DATE

02/15/2005

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 SP - Statement of Facts Supporting Eligibility for AFDC-Foster Care

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 11/04	REPLACES 7/02	<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 11/04

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is a Master Only.

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.

(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)			

SOLO PARA USO DEL TRABAJADOR DE
ELEGIBILIDAD
VERIFICATION

CHILD SUPPORT REFERRAL

(18.) CARENCIA — SOLICITUD INICIAL Y REDETERMINACION	
A.	<p>¿Ha fallecido el padre o la madre?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí Complete la parte A1 y vaya al No. 19. Se establece la carencia, a condición de que se verifique.</p> <p><input type="checkbox"/> No SIGA con la parte B.</p> <p>A1. Nombre del padre/madre fallecido(a): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Lugar de fallecimiento: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fecha de fallecimiento: _____</p>
B.	<p>¿Ha renunciado a su hijo(a) alguno de los padres o se le han terminado sus derechos como padre/madre (TPR*)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí Complete la parte B1 y vaya al No. 19. Se establece la carencia, a condición de que se verifique.</p> <p><input type="checkbox"/> No SIGA con la parte C.</p> <p>B1. Padre/Madre que renunció/a quien se le terminaron sus derechos como padre/madre: _____</p> <p>Fecha de la renuncia/terminación de los derechos como padre/madre: _____</p> <p><small>*Terminación de los derechos como padre/madre (Termination of Parental Rights — TPR)</small></p>
C.	<p>¿Están viviendo juntos el padre y la madre?</p> <p><input type="checkbox"/> No Vaya al No. 19. Se establece la carencia, a condición de que se verifique.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí SIGA con la parte D.</p>
D.	<p>¿Está el padre o la madre física o mentalmente incapacitado(a)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí Vaya al No. 19. Se establece la carencia, a condición de que se verifique.</p> <p><input type="checkbox"/> No SIGA con la parte E.</p>
E.	<p>¿Está desempleado alguno de los padres?</p> <p><input type="checkbox"/> No Vaya al No. 19.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí Vaya al No. 19.</p>

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
<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?

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.

SOLO PARA USO DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD

VERIFICATION

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			
Dinero en 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

SOLO PARA USO DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD

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?			

VERIFICATION

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.