

**SOLICITUD DE FAMILIA DE APOYO****Agency Use Only (Solamente para uso de la agencia)**

FFA: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Esta solicitud es para la aprobación de Familia de Apoyo por una oficina para familias de crianza temporal. Por favor, escriba claramente en letra de molde o a máquina.

**Solicitud**  **Otro (especifique):** \_\_\_\_\_

**I. SOLICITANTE(S): CADA SOLICITANTE DEBE COMPLETAR UNA DIVULGACIÓN SOBRE OTROS ESTADOS Y DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES FUERA DEL ESTADO (LIC 508D).**

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Solicitante uno (nombre legal):					
Nombre preferido:					
Nombres usados previamente: <i>*incluyendo el apellido de soltero/a</i>				Grado escolar más alto que completó	
Fecha de nac.	Género	Raza/Etnia		Número de licencia de conducir	
Correo electrónico (opcional)		Núm. de teléfono celular		Número de teléfono en el hogar	
Nombre/Domicilio del empleador		Núm. de tel. del trabajo		Oficio	Ingresos anuales
Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Solicitante dos (nombre legal):					
Nombre preferido:					
Nombres usados previamente: <i>*incluyendo el apellido de soltero/a</i>				Grado escolar más alto que completó	
Fecha de nac.	Género	Raza/Etnia		Número de licencia de conducir	
Correo electrónico (opcional)		Núm. de teléfono celular		Número de teléfono en el hogar	
Nombre/Domicilio del empleador		Núm. de tel. del trabajo		Oficio	Ingresos anuales

**Si más de un solicitante, ¿cuál es su relación? Por favor, marque uno.**

Casado/a  Relación doméstica  Parientes (miembro de familia)  Cohabitanes  Otro \_\_\_\_\_

**II. LUGAR DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE(S)**

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta)	Ciudad	Estado	Código postal
<b>¿Es usted dueño, arrienda o alquila el lugar de residencia?</b>	Marque uno: <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Alquila <input type="checkbox"/> Arrienda		
<b>¿Hay armas en el hogar?</b>	Marque uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Cuerpos de agua?</b>	Marque uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>¿Alguna persona no anotada en este documento usa el lugar de residencia como su dirección postal?</b>	Marque uno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "Sí", ¿quién?: _____		
<b>Idiomas hablados en el hogar:</b>			

**III. HISTORIAL DE RELACIONES**

**Si actualmente está casado/a o en una relación doméstica con el otro solicitante:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar (ciudad y estado): \_\_\_\_\_  N/A

**Solicitante uno:**

**Si actualmente está casado/a o en una relación doméstica con alguien que no es un solicitante:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar (ciudad y estado): \_\_\_\_\_  N/A

*\*Por favor, incluya a la persona en la sección V si la persona vive o está presente con regularidad en el hogar.*

**¿Ha tenido anteriormente alguna relación marital o doméstica?**

Sí Si contestó, "Sí", ¿cuántas?: \_\_\_\_\_  Ninguna

**Solicitante dos:**

**Si actualmente está casado/a o en una relación doméstica con alguien que no es un solicitante:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar (ciudad y estado): \_\_\_\_\_  N/A

*\*Por favor, incluya a la persona en la sección V si la persona vive o está presente con regularidad en el hogar.*

**¿Ha tenido anteriormente alguna relación marital o doméstica?**

Sí Si contestó, "Sí", ¿cuántas?: \_\_\_\_\_  Ninguna

**IV. NIÑOS MENORES DE EDAD QUE VIVEN EN EL HOGAR**  
**(POR FAVOR, IDENTIFIQUE A LOS NIÑOS DEPENDIENTES COLOCADOS EN SU HOGAR EN LA SECCIÓN VI)**

Nombre del menor	Relación con el solicitante(s)	Fecha de nacimiento	Género	¿Apoya económicamente a este niño?
				<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, INCLUYENDO HIJOS ADULTOS DEL SOLICITANTE(S), QUE VIVEN O ESTÉN PRESENTES REGULARMENTE EN EL HOGAR (POR FAVOR, IDENTIFIQUE A LOS DEPENDIENTES MAYORES DE EDAD [NMD] COLOCADOS EN SU HOGAR EN LA SECCIÓN VI)**

*CADA ADULTO QUE VIVA O ESTÉ PRESENTE REGULARMENTE EN EL HOGAR DEBE COMPLETAR UNA DIVULGACIÓN SOBRE OTROS ESTADOS Y DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES LIC 508D. (NO APLICA A LOS DEPENDIENTES MAYORES DE EDAD)*

Nombre completo (primer nombre, segundo nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante(s)	Domicilio	Regularmente presente

**VI. NIÑO/NMD DESEADO**

- ¿Se ha identificado a un niño o a un dependiente mayor de edad (NMD)? Marque uno:  Sí  No
- ¿Está el niño o dependiente mayor de edad actualmente en su hogar? Marque uno:  Sí  No

Nombre del niño o NMD (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Género	Relación con el solicitante(s)	Fecha de colocación o colocación planificada	Condado de jurisdicción

**VI. NIÑO/NMD DESEADO (continuación)**

POR FAVOR, INDIQUE SU PREFERENCIA:

Edad(es)				
<input type="checkbox"/> 0 a 2 años	<input type="checkbox"/> 3 a 7 años	<input type="checkbox"/> 8 a 12 años	<input type="checkbox"/> 13 a 15 años	<input type="checkbox"/> 16 a 17 años
<input type="checkbox"/> 18 a 20 años	<input type="checkbox"/> Ninguna preferencia			
Grupo de hermanos				
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5 o más

**VII. HISTORIAL DE CRIANZA TEMPORAL/ADOPCIÓN/LICENCIAMIENTO****Solicitante uno:**

- ¿Ha sido anteriormente o está actualmente aprobado para adoptar, ha sido un pariente o miembro de la familia extendida aprobado, o anteriormente o actualmente ha tenido licencia o ha sido certificado o aprobado para proporcionar crianza temporal?  
 Marque uno:  Sí  No  
 Si contestó "Sí", nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_  
 Tipo de licencia/certificación/aprobación: \_\_\_\_\_  
 Si contestó "Sí", ¿sabe de alguna queja pendiente o acciones administrativas?  Sí  No
- ¿Ha tenido o actualmente tiene licencia para operar un centro de cuidado infantil, un hogar para el cuidado de niños o un centro para el cuidado de personas mayores o personas con enfermedades crónicas (*residential care facility for the elderly or chronically ill*)?  
 Marque uno:  Sí  No  
 Si contestó "Sí", tipo de licencia: \_\_\_\_\_
- ¿Ha estado o está empleado o es voluntario en un establecimiento de cuidado comunitario, centro de cuidado infantil, hogar para el cuidado de niños o centro para el cuidado de personas mayores o personas con enfermedades crónicas?  
 Marque uno:  Sí  No  
 Si contestó "Sí", nombre del establecimiento(s): \_\_\_\_\_
- Anteriormente, ¿se le ha denegado alguna licencia, certificación, aprobación de pariente o miembro de la familia extendida, aprobación de Familia de Apoyo o solicitud para aprobación subsecuente?  
 Marque uno:  Sí  No  
 Si contestó "Sí", nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido una licencia, certificación o aprobación suspendida, revocada o anulada?  
 Marque uno:  Sí  No  
 Si contestó "Sí", nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_
- ¿Ha sido sometido a una orden de exclusión?  
 Marque uno:  Sí  No

**VII. HISTORIAL DE CRIANZA TEMPORAL/ADOPCIÓN/LICENCIAMIENTO (continuación)**

**Solicitante dos:**

- ¿Ha sido anteriormente o está actualmente aprobado para adoptar, ha sido un pariente o miembro de la familia extendida aprobado, o anteriormente o actualmente ha tenido licencia o ha sido certificado o aprobado para proporcionar crianza temporal?  
 Marque uno:     Sí                       No  
 Si contestó “Sí”, nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_  
 Tipo de licencia/certificación/aprobación: \_\_\_\_\_  
 Si contestó “Sí”, ¿sabe de alguna queja pendiente o acciones administrativas?     Sí     No
  
- ¿Ha tenido o actualmente tiene licencia para operar un centro de cuidado infantil, un hogar para el cuidado de niños o un centro para el cuidado de personas mayores o personas con enfermedades crónicas?  
 Marque uno:     Sí                       No  
 Si contestó “Sí”, tipo de licencia: \_\_\_\_\_
  
- ¿Ha estado o está empleado o es voluntario en un establecimiento de cuidado comunitario, centro de cuidado infantil, hogar para el cuidado de niños o centro para el cuidado de personas mayores o personas con enfermedades crónicas?  
 Marque uno:     Sí                       No  
 Si contestó “Sí”, nombre del establecimiento(s): \_\_\_\_\_
  
- Anteriormente, ¿se le ha denegado alguna licencia, certificación, aprobación de pariente o miembro de la familia extendida, aprobación de Familia de Apoyo o solicitud para aprobación subsecuente?  
 Marque uno:     Sí                       No  
 Si contestó “Sí”, nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_
  
- ¿Ha tenido una licencia, certificación o aprobación suspendida, revocada o anulada?  
 Marque uno:     Sí                       No  
 Si contestó “Sí”, nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_
  
- ¿Ha sido sometido a una orden de exclusión?  
 Marque uno:     Sí                       No

**VIII. REFERENCIAS**

Por favor, anote el nombre, número(s) de teléfono y domicilio de dos personas que tienen conocimiento de la situación en su hogar, su estilo de vida y su capacidad para ser una Familia de Apoyo.		
Nombre completo	Número(s) de teléfono	Dirección postal/ciudad/estado/código postal o correo electrónico

**IX. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE(S)**

Declaro/Declaramos que:

- Tengo/Tenemos los medios económicos para asegurar la estabilidad y seguridad económica de la familia.
- Al firmar esta solicitud, entiendo/entendemos que se requerirá que mis/nuestras referencias, 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/nuestro leal saber y entender.
- Entiendo/Entendemos que cualquier declaración falsa o engañosa hecha intencionalmente a la oficina para familias de crianza temporal o el Departamento para obtener o mantener la aprobación de Familia de Apoyo puede resultar en una denegación o anulación de la aprobación de Familia de Apoyo.
- Entiendo/Entendemos que la información personal contenida en esta solicitud puede ser compartida con el siguiente:
  - (1) Una agencia de colocación o un tribunal de menores con el fin de determinar si colocar o no a un niño o un dependiente mayor de edad.
  - (2) Cualquier agencia de aprobación a la que una Familia de Apoyo solicite aprobación subsecuente.
  - (3) Una agencia tribal.
  - (4) El Departamento de Servicios Sociales.
  - (5) Un miembro de una agencia de bienestar infantil en el estado de envío para su colocación en conformidad con el Acuerdo entre Estados sobre la Colocación de Niños (Interstate Compact on the Placement of Children).
  - (6) Como lo exige la ley.

Firma del solicitante(s)	Ciudad y condado donde se firmó	Fecha
Solicitante uno:		
Solicitante dos:		

<b>Nueva presentación de la solicitud</b>		
Si esta solicitud se vuelve a presentar dentro de los 12 meses posteriores a una retirada, la oficina para familias de crianza temporal verificará que la información esté actualizada y exigirá que el solicitante(s) firme a continuación.		
Firma del solicitante(s)	Ciudad y condado donde se firmó	Fecha
Solicitante uno:		
Solicitante dos:		
Personal de FFA SW:		