

## SOLICITUD DE LA FAMILIA DE APOYO

<b>Agency Use Only</b>
FFA: _____

Instrucciones: Esta solicitud es para la aprobación de la 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 TIENE QUE COMPLETAR UNA DIVULGACIÓN SOBRE OTROS ESTADOS Y DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES LIC 508D.**

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Solicitante 1:					
Nombres usados previamente: <i>*incluyendo el apellido de soltera</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 trabajador		Ocupación	Ingresos anuales

Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Solicitante 2:					
Nombres usados previamente: <i>*incluyendo el apellido de soltera</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 trabajador		Ocupación	Ingresos anuales

<b>Si más de un solicitante, ¿cuál es su relación? Por favor marque uno.</b>					
<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Relación doméstica	<input type="checkbox"/> Relacionados (miembro de familia)	<input type="checkbox"/> Cohabitanes	<input type="checkbox"/> Otro	_____

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

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

**III. HISTORIAL DE RELACIONES**

Si actualmente está casado(a) o en una relación doméstica con el otro solicitante:
Fecha: _____ Lugar (ciudad y estado): _____ <input type="checkbox"/> N/A

Solicitante 1:
Si actualmente está casado(a) o en una relación doméstica con alguien que no es solicitante:
Fecha: _____ Lugar (ciudad y estado): _____ <input type="checkbox"/> N/A
<i>*Incluya a la persona en la Sección V. si la persona reside o está presente regularmente en el hogar.</i>
¿Ha tenido anteriormente alguna relación marital o doméstica?
<input type="checkbox"/> Sí Si contestó sí, ¿cuántas?: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna

Solicitante 2:
Si actualmente está casado(a) o en una relación doméstica con alguien que no es solicitante:
Fecha: _____ Lugar (ciudad y estado): _____ <input type="checkbox"/> N/A
<i>*Incluya a la persona en la Sección V. si la persona reside o está presente regularmente en el hogar.</i>
¿Ha tenido anteriormente alguna relación marital o doméstica?
<input type="checkbox"/> Sí Si contestó sí, ¿cuántas?: _____ <input type="checkbox"/> Ninguna

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

Nombre del menor	Relación con el solicitante(s)	Fecha de nacimiento	Género	¿Apoya financieramente 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 RESIDAN O ESTÉN PRESENTES REGULARMENTE EN EL HOGAR** (POR FAVOR IDENTIFIQUE LOS DEPENDIENTES NO MENORES [NMD] COLOCADOS EN SU HOGAR EN LA SECCIÓN VI.) CADA ADULTO QUE RESIDA O ESTÉ PRESENTE REGULARMENTE EN EL HOGAR DEBE COMPLETAR UNA DIVULGACIÓN SOBRE OTROS ESTADOS Y DECLARACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES LIC 508D. (NO SE APLICA A LOS DEPENDIENTES NO MENORES)

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

**VI. NIÑO(A)/NMD DESEADO(A)**

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

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

**VI. NIÑO(A)/NMD DESEADO(A) (Continuado)**

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 1:**

- ¿Ha sido anteriormente o actualmente aprobado para adoptar, ha sido un pariente o no pariente de familia extendida aprobado, o anteriormente o actualmente ha tenido licencia o ha sido certificado o aprobado para proveer crianza temporal?

Marque uno:  Sí  No

Si contestó sí, nombre de las agencia(s): \_\_\_\_\_

Tipo de licencia/certificación/aprobación: \_\_\_\_\_

Si contestó sí, ¿Sabe de alguna queja pendiente o de 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 ancianos 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 centro de cuidado comunitario, un centro de cuidado infantil, un hogar para el cuidado de niños o un centro para el cuidado de ancianos o personas con enfermedades crónicas?

Marque uno:  Sí  No

Si contestó sí, nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_
- Anteriormente, ¿se le ha denegado alguna licencia, certificación, aprobación de pariente o no pariente de 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 (Continuado)**

**Solicitante 2:**

- ¿Ha sido anteriormente o actualmente aprobado para adoptar, ha sido un pariente o no pariente de familia extendida aprobado, o anteriormente o actualmente certificado o ha sido certificado o aprobado para proveer crianza temporal?

Marque uno:     Sí                       No

Si contestó sí, nombre de las agencia(s): \_\_\_\_\_

Tipo de licencia/certificado/aprobación: \_\_\_\_\_

Si contestó sí, ¿Sabe de alguna queja pendiente o de 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 ancianos 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 centro de cuidado comunitario, un centro de cuidado infantil, un hogar de cuidado de niños o un centro para el cuidado de ancianos o personas con enfermedades crónicas?

Marque uno:     Sí                       No

Si contestó sí, nombre del establecimiento: \_\_\_\_\_
  
- Anteriormente, ¿se le ha denegado alguna licencia, certificación, aprobación de pariente o no pariente de 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, los números 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 dirección de 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/nuestros recomendantes, 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 ante el condado 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 a un niño o un dependiente no menor.
  - (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 de California.
  - (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.
  - (6) Como lo exige la ley.

<b>Firma del solicitante(s)</b>	<b>Ciudad y condado donde se firmó</b>	<b>Fecha</b>
Solicitante 1		
Solicitante 2		

**Nueva presentación de la solicitud**

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.

<b>Firma del solicitante(s)</b>	<b>Ciudad y condado donde se firmó</b>	<b>Fecha</b>
Solicitante 1:		
Solicitante 2:		
Personal de FFA SW:		