

SOLICITUD DE LA FAMILIA DE APOYO

County Use Only
County: _____

Instrucciones: Esta solicitud es para la aprobación de la familia de apoyo por un condado. Por favor escriba claramente en letra de molde o a máquina.

Solicitud Otro (especifique): _____

I. SOLICITANTE(S): CADA SOLICITANTE TIENE QUE COMPLETAR UNA DECLARACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PENALES RFA 01B.

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

Si más de un solicitante, ¿cuál es su relación? Por favor marque uno.					
<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 particular	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio donde recibe correo (si es distinto)	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 domicilio donde recibe 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 RESIDE O ESTÉ PRESENTE REGULARMENTE EN EL HOGAR DEBE COMPLETAR UNA DECLARACIÓN SOBRE ANTECEDENTES PENALES RFA 01B. (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

- ¿Se ha identificado a un niño(a) o a un dependiente no menor? Marque uno: Sí No
- ¿Esta 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 (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, 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 familiar 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 infantil familiar o un centro para el cuidado de ancianos o personas con enfermedades crónicas?

Marque uno: Sí No

Si contestó sí, nombre de la instalación(es): _____
- ¿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 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 infantil familiar o un centro de atención residencial para ancianos o enfermos crónicos?
 Marque uno: Sí No
 Si contestó sí, nombre de la instalación(es): _____

- ¿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 dir. 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 tengo/tenemos el derecho de apelar cualquier decisión sobre la disposición de esta solicitud.
- 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.

Firma del solicitante(s)	Ciudad y condado donde se firmó	Fecha
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 o cese de revisión, el condado 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 1:		
Solicitante 2:		
Personal del programa RFA:		