SOLICITUD PARA FAMILIA DE APOYO *(RESOURCE FAMILY)*

Instrucciones: Ésta es la solicitud para aprobación de una Familia de Apoyo. Por favor escriba a máquina o escriba claramente con letra de molde.

☐ **SOLICITUD INICIAL** ☐ **CAMBIO DE UBICACIÓN** ☐ **OTRO (ESPECIFIQUE) :** _____

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

PRIMER NOMBRE	NOMBRE QUE USA EN MEDIO	APELLIDO
SOLICITANTE NÚMERO UNO:		
SOLICITANTE NÚMERO DOS:		

NOMBRES QUE USÓ ANTERIORMENTE: **incluyendo nombre de soltera*	NIVEL DE EDUCACIÓN MÁS ALTO QUE COMPLETÓ
SOLICITANTE NÚMERO UNO:	
SOLICITANTE NÚMERO DOS:	

FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RAZA/ETNICIDAD	NÚMERO DE LICENCIA DE MANEJAR
SOLICITANTE NÚMERO UNO:			
SOLICITANTE NÚMERO DOS:			

NOMBRE/DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	NÚM. DE TELÉFONO EN EL TRABAJO	OCUPACIÓN	INGRESOS ANUALES
SOLICITANTE NÚMERO UNO:			
SOLICITANTE NÚMERO DOS:			

EMAIL (OPCIONAL)	NÚM. DE TELÉFONO CELULAR	NÚM. DE TELÉFONO EN EL HOGAR
SOLICITANTE NÚMERO UNO:		
SOLICITANTE NÚMERO DOS:		

II. RESIDENCIA DEL SOLICITANTE(S)

DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN PARA EL CORREO (SI ES DIFERENTE)	**CIUDAD**	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**

¿Es usted dueño de su residencia o renta o arrienda?	Marque una: ☐ Soy el dueño ☐ Rento ☐ Arriendo
¿Hay armas en el hogar?	Marque una: ☐ Sí ☐ No

Extensión de agua	Marque una: ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es "Sí", por favor describa la ubicación de la extensión de agua y su tamaño:	

Por favor proporcione instrucciones, incluyendo información de cruces de calles principales, para llegar a su residencia.

III. RELACIÓN/PARENTESCO ENTRE LOS SOLICITANTES

SI HAY MÁS DE UN SOLICITANTE, ¿CUÁL ES SU RELACIÓN/PARENTESCO? *Por favor, marque una.*

☐ CASADOS ☐ RELACIÓN DOMÉSTICA ☐ PARIENTES (MIEMBRO DE LA FAMILIA) ☐ COHABITANTES ☐ OTRA _____

FECHA DEL MATRIMONIO/RELACIÓN DOMÉSTICA ACTUAL	
LUGAR DEL MATRIMONIO/RELACIÓN DOMÉSTICA ACTUAL	

IV. NIÑOS MENORES QUE VIVEN EN EL HOGAR

RELACIÓN/PARENTESCO CON EL SOLICITANTE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	¿APOYA USTED ECONÓMICANTE AL NIÑO?	ADOPTADO
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

V. OTROS ADULTOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Cada adulto que vive en el hogar tiene que completar una "Declaración sobre antecentes penales" RFA-01(B).

NOMBRE COMPLETO (PRIMER NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, Y APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN/PARENTESCO CON EL SOLICITANTE(S)

VI. HISTORIAL DEL SOLICITANTE(S)

HISTORIA MARITAL			
NOMBRE DEL ESPOSO(A) ANTERIOR	FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO (CIUDAD Y ESTADO)	FECHA Y LUGAR DEL DIVORCIO	FECHA Y LUGAR DEL FALLECIMIENTO
SOLICITANTE NÚMERO UNO:			
SOLICITANTE NÚMERO DOS:			

HIJOS ADULTOS DEL SOLICITANTE(S)				
NOMBRE COMPLETO	DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN/ PARENTESCO	¿VIVE EN EL HOGAR?	FECHA DE NACIMIENTO

HISTORIAL DE CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL/ADOPCIÓN

- ¿Ha presentado anteriormente una solicitud para adopción?
  Si la respuesta es "Sí", nombre de la oficina/agencia: _____
- ¿Ha sido anteriormente certificado o aprobado, o tiene una licencia para el cuidado de crianza temporal?
  Si la respuesta es "Sí", nombre de la oficina/agencia: _____
- ¿Qué tipo de licencia obtuvo? _____
- Anteriormente, ¿ha estado empleado o ha trabajado como voluntario en un establecimiento de cuidado en la comunidad? Si la respuesta es "Sí", nombre del establecimiento(s):

  _____
- ¿Ha tenido anteriormente la negación de una licencia, certificación, solicitud para cuidado de crianza temporal como miembro o no miembro de la familia extendida; suspensión o revocación de licencia; o ha estado sujeto a una orden de exclusión?
  Marque una ☐ Sí ☐ No

VII. EL NIÑO QUE DESEA

- ¿Se ha identificado al niño? Marque una: ☐ Sí ☐ No
- ¿Está el niño actualmente en su hogar? Marque una: ☐ Sí ☐ No

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	SEXO	CONDADO DE JURISDICCIÓN	FECHA DE COLOCACIÓN O FUTURA FECHA DE COLOCACÓN	RELACIÓN/ PARENTESCO CON EL SOLICITANTE(S)	EDUCACIÓN (GRADO, NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA ESCUELA)

SI NO SE HA IDENTIFICADO AL NIÑO, POR FAVOR INDIQUE SUS PREFERENCIAS:

EDAD(ES)	SEXO	ETNICIDAD	HERMANOS (GRUPO DE)	MARQUE TODAS LAS CONDICIONES QUE ESTÁ DISPUESTO A ACEPTAR
☐ 0 A 3 años ☐ 4 A 8 años ☐ 9 A 12 años ☐ 13 A 15 años ☐ 16 A 18 años ☐ 18 A 21 años ☐ No preferencia	☐ Masculino solamente ☐ Femenino solamente ☐ No preferencia	☐ Caucásico ☐ Hispano ☐ Afroamericano ☐ Asiático/ Isleño del Pacífico ☐ Indígena de los Estados Unidos ☐ Otra ☐ No preferencia	☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 o más ☐ N/A (no aplica)	☐ Historial de abuso físico y/o descuido ☐ Historial de abuso sexual ☐ Historial de enfermedad mental ☐ Médicamente frágil ☐ Discapacidad física ☐ Discapacidad intelectual ☐ Discapacidad de aprendizaje ☐ Expuesto al alcohol/drogas ☐ Comportamiento de oposición/desafiante ☐ Antecedentes adversos de los padres ☐ Fe religiosa diferente ☐ Origen de diferente etnia y/o cultura ☐ No puede caminar

VIII. REFERENCIAS

Por favor anote el nombre, dirección y número de teléfono de tres personas que conozcan su ambiente en el hogar, estilo de vida, y capacidad para ser un proveedor de cuidado.

NOMBRE COMPLETO	NÚMERO(S) DE TELÉFONO	DIRECCIÓN PARA RECIBIR EL CORREO CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL

IX. DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE(S)

Yo (o nosotros) declaro que:

- Yo (o nosotros) tengo la habilidad financiera para mantener el nivel de cuidado que requiere un Hogar de Familia de Apoyo *(Resource Family Home).*
- Yo (o nosotros) tengo la habilidad y la voluntad para cumplir con las leyes, reglamentos, y directivas escritas que gobiernan el Programa de Aprobación de Familias de Apoyo.
- Yo (o nosotros) entiendo que los niños y los dependientes que no son menores tienen derechos personales bajo la Sección 16001.9 del Código de Bienestar e Instituciones *(Welfare and Institutions Code),* y tengo la habilidad y voluntad de salvoguardar esos derechos.
- Yo (o nosotros) tengo la habilidad y la voluntad para entender las necesidades de seguridad, permanecia, y bienestar de los niños y los dependientes que no son menores que han sido víctimas de abuso y descuido de niños, y la capacidad y voluntad para satisfacer esas necesidades, incluyendo la necesidad de protección.
- Yo (o nosotros) tengo la habilidad y voluntad para entender mi papel como Familia de Apoyo y la capacidad para trabajar en cooperación con la oficina/agencia, condado, y otros proveedores de servicios para implementar el plan de caso del niño o dependiente que no es menor.
- Yo (o nosotros) tengo la habilidad y voluntad para mantener el ambiente menos restrictivo y lo más parecido a una familia que satisface las necesidades de un niño o un dependiente que no es menor, y estoy preparado para usar el Estándar de un Padre Razonable y Prudente (*Reasonable and Prudent Parent Standard* - RPPS).
- Al firmar esta solicitud, yo (o nosotros) entiendo que: se requerirá que mis referencias, doctor, y empleador, completen los formularios rutinarios; se verificará mi situación financiera y marital; y se llevará a cabo una verificación de antecedentes penales.
- Yo (o nosotros) afirmo que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
- Yo (o nosotros) entiendo que yo (o nosotros) tengo el derecho a apelar cualquier decisión acerca de la disposición de esta solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE(S)	CIUDAD Y CONDADO DONDE SE FIRMÓ	FECHA