



CHILDREN'S ADMINISTRATION
Solicitud de Estudio en el Hogar Familiar
Family Home Study Application

1. NÚMERO DE ID DE SSPS (Sólo para uso de la CA)	2. FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD (Sólo para uso de la CA)
3. NOMBRE DE LA AGENCIA PRIVADA SI ES APLICABLE	4. NÚMERO DEL PROVEEDOR DE FAMLINK (Sólo para uso de la CA)

5. MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

Nueva licencia de Cuidado tutelar
 Licencia expedida
 Renovación
 Nueva dirección
 Adopción
 Familiar / Otro apropiado

6. NÚMERO DEL SOLICITANTE 1. (Contacto Primario)		7. NÚMERO DEL SOLICITANTE 2. (Contacto Secundario)	
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)	
APELLIDO DE SOLTERA (también nombre(s) de casada anterior(es) si corresponde)		APELLIDO DE SOLTERA (también nombre(s) de casada anterior(es) si corresponde)	
PREFERENCIA RELIGIOSA (si hubiere)	OCUPACIÓN	PREFERENCIA RELIGIOSA (si hubiere)	OCUPACIÓN
EDUCACIÓN (Mayor grado completo)	INGRESO ANUAL (Bruto)	EDUCACIÓN (Mayor grado completo)	INGRESO ANUAL (Bruto)
SEXO	ESTADO CIVIL	SEXO	ESTADO CIVIL
LENGUA MATERNA		LENGUA MATERNA	

8. DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

9. DIRECCIÓN POSTAL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

10. PREFERENCIA DE COLOCACIÓN

Sin Preferencias
 Número ____ Edad desde ____ Hasta ____
 Y
 Masculino
 Femenino
 Indistinto

11. COLOCACIÓN DE DCFS (ANEXE UNA HOJA PARA MÁS DE DOS NIÑOS)

Nombre del niño: _____	Nombre del niño: _____
FECHA DE COLOCACIÓN _____	FECHA DE COLOCACIÓN _____
Relación con el niño (específica): _____	Relación con el niño (específica): _____
Nombre del trabajador social: _____	Nombre del trabajador social: _____

12. NÚMEROS DE TELÉFONO (Incluya código de área)

CASA CELULAR TRABAJO DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

13. NOMBRES DE LOS COLEGIOS MÁS CERCANOS

Distrito Primaria Secundaria Preparatoria

14. PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR (INCLUYENDO A SÍ MISMO) ADJUNTAR HOJA ADICIONAL SI FUERA NECESARIO

NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO M/F	RELACIÓN CON EL/LOS SOLICITANTE(S)	RAZA	ORIGEN ÉTNICO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

15. ¿Viven otras personas en su propiedad? Sí No

16. Referencias Personales Mencione a todos los hijos adultos y brinde por lo menos dos referencias que no sean parientes y que lo hayan visto interactuar con los niños. Se requiere un mínimo de tres referencias. Adjunte una hoja adicional si es necesario.

NOMBRE (Nombre y Apellido)	DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA Y CORREO ELECTRÓNICO (incluyendo el Código postal)	RELACIÓN CON EL/LOS SOLICITANTE(S)	NÚMERO DE TELÉFONO (incluyendo el Código de Área)

POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

17. ¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años? Sí No
Si la respuesta es no, por favor enumere todas las direcciones previas para cada solicitante de los últimos cinco años. Agregue más hojas si fuera necesario.

NOMBRE	CIUDAD	CONDADO Y ESTADO	FECHAS: HASTA - DESDE

	Solicitantes				Otro	
	#1	#2	#1	#2	Sí	No
18. Para aquellas personas en el hogar que conduzcan vehículos:						
A. ¿Tiene usted licencia de conducir vigente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Existe alguna restricción en su licencia? Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Posee usted seguro para el vehículo/seguro médico? (Por favor, adjunte una copia actual con los montos de cobertura y fecha de vencimiento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. El solicitante o algún otro de los miembros del hogar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A. ¿Ha tenido una lesión grave, enfermedad u hospitalización durante el año pasado, o toma actualmente alguna medicación o posee historia de limitaciones mentales o físicas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. ¿Se ha descubierto que es responsable de abuso infantil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. ¿Está involucrado en el uso o venta ilegal de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. ¿Ha sido informado de que tiene problemas con el alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. ¿Ha sido condenado por un delito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. ¿Se le ha denegado alguna licencia para cuidar de niños o adultos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. ¿Se le ha suspendido o revocado alguna licencia para cuidar de niños o adultos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. ¿Ya ha realizado solicitudes anteriormente para obtener una licencia de hogar? ¿Dónde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. ¿Aplicó alguna vez para adoptar a un niño? ¿Dónde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Información del contacto de emergencia

En el estado/fuera de la zona			Fuera del estado		
NOMBRE			NOMBRE		
DIRECCIÓN			DIRECCIÓN		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DEL TELÉFONO DE CASA	NÚMERO DEL TELÉFONO DE TRABAJO		NÚMERO DEL TELÉFONO DE CASA	NÚMERO DEL TELÉFONO DE TRABAJO	
NÚMERO DEL TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DEL TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	

Nosotros/Yo certifico (certificamos) que la información anterior y los adjuntos solicitados son veraces y están completos a mi (nuestro) leal saber. No revelar información relevante de forma veraz puede ser causal de negación de la solicitud o de revocación de una licencia.

Nosotros/Yo doy (damos) permiso a DSHS/Agencias Privadas para que contacten a las referencias enumeradas en esta solicitud y para discutir los temas relevantes a mi (nuestra) solicitud de servicios/licencia de cuidado tutelar/colocación con familiares.

Nosotros/Yo entiendo (entendemos) que DSHS verificará mis (nuestros) antecedentes penales y verificará los archivos de abuso y negligencia de DSHS para todos los solicitantes.

FIRMA DEL CONTACTO PRIMARIO	FECHA
FIRMA DEL CONTACTO SECUNDARIO	FECHA

NOTA: WAC 388-148-1625 del Código Administrativo de Washington prevé que OFCL pueda negar, suspender, revocar o no renovar una licencia debido a la representación fraudulenta o a omisiones materiales dentro de esta aplicación.

El llenar este formulario es el primer paso en el proceso de solicitud y no garantiza que la solicitud sea aprobada.

INSTRUCCIONES

Estas instrucciones son para la solicitud de estudio del hogar familiar. El Departamento utiliza un único estudio del hogar para la aprobación de la colocación con familiares, la colocación con personas adecuadas, las licencias para cuidado tutelar y la adopción.

1. **Número de Identificación del Sistema de Pagos de Servicios Sociales (SSPS)**: Para uso único de la agencia DSHS.
2. **Fecha de Recepción de la Solicitud**: Para uso único de la agencia DSHS.
3. **Nombre de la Agencia Privada (si hubiere)**: Si usted está realizando la solicitud a una agencia privada, ingrese el nombre de la agencia privada.
4. **Número de Identificación del Proveedor**: Para uso único de la agencia DSHS.
5. **Tipo de Aplicación**: Marcar todas las casillas que se apliquen a los servicios que usted está interesado en proporcionar.
- 6-7 **Nombre(s) del Contacto Primario y Secundario**: Ingrese su(s) nombre(s) legal(es) completo(s), apellido, nombre y segundo nombre y/o inicial(es). La solicitud de licencia de cuidado tutelar, el estudio de hogar adoptivo y las colocaciones con familiares para los niños deberán realizarse por ambos marido y mujer si viven juntos y están legalmente casados. En el caso de adultos no casados en convivencia, que compartirán de igual forma el cuidado de los niños, ambos deberán listarse como solicitantes.
Ingresar sólo el (los) nombre(s) del (de las) persona(s) solicitante(s). Los nombres de otros miembros del hogar que no sean solicitantes deberán ser ingresados en la sección 13 (personas que viven en el hogar).

Religión:	Ingresar la afiliación religiosa de cada solicitante.
Ocupación:	Ingresar la ocupación de cada solicitante.
Educación:	Ingresar el mayor grado completo para cada solicitante.
Ingreso anual:	Ingresar el ingreso bruto anual para cada solicitante.
Estado civil	Ingrese el estado civil de cada contacto (casado(a), soltero(a) (nunca se ha casado), divorciado(a), viudo(a)).

8. **Domicilio**: Ingresar su domicilio
9. **Dirección de correo postal**: Ingresar su dirección de correo si es diferente al domicilio.
10. **Números telefónicos**: Ingresar los números telefónicos para cada solicitante, incluyendo el código de área (casa, celular o trabajo). Si usted no tiene teléfono, coloque una "X" en el espacio provisto.
11. **Dirección de correo electrónico**: Por favor, proporcione su dirección personal de correo electrónico si la tiene.
12. **Preferencia de colocación**: Por favor, indique la cantidad, edad y sexo de los niños que tiene interés en ubicar en su hogar. Si no tiene preferencias, marque "indistinto" y "sin preferencia de edad". Si está solicitando un niño(s) en particular, por favor proporcione el/los nombre(s) del (los) niño(s), incluyendo la relación del solicitante con el niño. Por ejemplo, abuelo, padrastro/madrastra, padrino/madrina, primo/a segundo/a, amigo de la familia, padre adoptivo, etc.
13. **Nombres de colegios**: Ingrese el distrito escolar y los nombres de los colegios que están más cercanos a su hogar (preescolar, escuelas de educación primaria y secundaria).
14. **Personas que viven en el Hogar (Incluyendo a sí mismo)**: Comenzando con los solicitantes, ingrese los nombres (nombre y apellido), fechas de nacimiento, sexo (ya sea M para masculino o F para femenino), y su relación con el solicitante (por ejemplo, cónyuge, hijo, hija, madre, hijo adoptivo, pupilo, etc.). Si el niño para el que usted está realizando la solicitud ya vive en su hogar, incluya aquí a esa persona. Incluya el número de seguro social de todas las personas que viven en el hogar.

Raza: Indique todos los que se apliquen a cada persona: indio americano o nativo de Alaska, asiático, negro o africano americano, hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico, caucásico, chino, filipino, japonés, coreano, vietnamita, samoano, guamaniano o chamorro.

Origen étnico: Si usted es español/hispano/latino, indique una de las siguientes etnias: cubano, mexicano, mexicano americano o chicano, puertorriqueño, otro español/hispano/latino.

Adjunte hojas adicionales si fuesen necesarias para los individuos en la familia.

15. **Otras personas habitando en su propiedad**
Por favor, coloque una "X" en la casilla apropiada para indicar si existen otras personas que residen en su propiedad pero no en el hogar.

16. **Referencias personales:** Haga una lista de nombres, direcciones postales y de correo electrónico, y números telefónicos de cuatro personas que lo conocen bien y pueden dar fe de su capacidad de cuidar de un niño. Usted puede utilizar solamente a un familiar como referencia. Su trabajador social puede requerir referencias adicionales.
17. **Estados de residencia:** Indique si ha vivido en otro estado aparte de Washington durante los cinco (5) años previos consecutivos. Si vivió fuera de Washington durante los cinco (5) años previos, por favor indique dónde ha vivido por nombre, ciudad, estado y qué meses y años usted vivió en esa ciudad y estado.
18. **(A-C) Licencia de Conducir:** Para cualquier persona en su hogar que conduzca, indique si poseen licencia de conducir vigente y seguro. Se requiere seguro para todo vehículo utilizado en el transporte de los niños colocados a su cuidado.
19. **(A-I)** Coloque una "X" en las casillas apropiadas.
Si se marca "sí" para cualquiera de los solicitantes u otros adultos (toda persona mayor de 18 años) que viva en el hogar, por favor proporcione una descripción de las circunstancias en hojas adicionales y adjunte a la solicitud. Indicar una pregunta como "sí" puede no descalificarlo. Usted tendrá oportunidad de discutir sus respuestas.
20. **Información del contacto de emergencia**
Por favor indique nombre, dirección y números de teléfono para dos contactos en el caso de una emergencia. Una persona debería residir en el Estado de Washington, pero en una comunidad diferente a la del solicitante y la otra debería residir en un estado diferente.

Por favor, revise la solicitud completa. Adjunte declaraciones explicando sus respuestas si éstas han sido "sí" a las preguntas del 16 al 18 (A-I).

El/Los solicitante(s) necesita(n) firmar y poner fecha a la solicitud antes de su envío.

El completar este formulario no garantiza la aprobación del solicitante.

Gracias por su tiempo y su paciencia. Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con su agencia.