



CHILDREN'S ADMINISTRATION  
DIVISION OF LICENSED RESOURCES

**Solicitud para la Aprobación del Proveedor de Cuidado de Relevó**  
**Application For Respite Provider Approval**  
**cuidado para ser brindado sólo en hogares temporales autorizados**

NOMBRE	APELLIDO	PRIMER	SEGUNDO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTES MENCIONADA)			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		
NOMBRE DEL HOGAR TEMPORAL DONDE BRINDARÁ CUIDADO DE RELEVÓ (SI LO CONOCE)					
DOMICILIO			CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Estoy disponible para brindar cuidado de relevó en otros hogares temporales autorizados. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Sí	No	Usted:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. ¿Ha tenido alguna lesión grave, enfermedad u hospitalización durante el año pasado, o posee antecedentes de limitaciones mentales o físicas?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. ¿Está tomando actualmente algún medicamento? Si es así, por favor menciónelo(s)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. ¿Ha sido descubierto como responsable de abuso infantil?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. ¿Está involucrado en el uso o venta ilegal de drogas?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. ¿Ha sido informado de que tiene problemas con el alcohol?			
<b>REFERENCIAS PERSONALES - No más de una referencia puede tener relación de parentesco con usted.</b>					
NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)	DOMICILIO (INCLUIR EL CÓDIGO POSTAL)		PARENTESCO CON EL POSTULANTE	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYENDO EL CÓDIGO DE ÁREA)	
<p>Doy permiso a DSHS/Agencias Privadas para que se comuniquen con las referencias mencionadas en esta solicitud y para que discutan temas relevantes a mi solicitud.</p> <p>Comprendo que DSHS hará una revisión de mi registro de antecedentes penales y revisará los archivos en relación a abuso y negligencia.</p> <p>Certifico que la información antes mencionada y los adjuntos solicitados son verdaderos y están completos a mi leal saber.</p> <p>Comprendo que no divulgar con total honestidad toda la información relevante puede ser motivo de rechazo de esta solicitud para el proveedor de cuidado de relevó.</p>					
FIRMA					FECHA