



**Lista de Verificación de Colocación de un Cuidador No Autorizado**  
**Unlicensed Caregiver Placement Checklist**  
(RCW 74.15.020(2)(I-IV))

NOMBRE DE LA FAMILIA	FECHA DE COLOCACIÓN
NOMBRE DEL NIÑO	
El funcionario que hace la colocación es responsable de completar todos los requerimientos siguientes dentro de las 72 horas posteriores a la fecha original de colocación (OPD).	
<u>FECHA EN QUE FUE COMPLETADO</u>	<u>ANTES DE LA COLOCACIÓN</u>
	Revisiones de los antecedentes penales (WSP, LE local y/o cumplimiento de la ley tribal) de todos los adultos que viven en casa.
	Revisión y aprobación de antecedentes de abuso y negligencia contra niños.
	Visitas al hogar e identificación de riesgos de seguridad evidentes. <b>AVISO: Utilice la Hoja Básica de Consejos de Evaluación de Seguridad Doméstica</b>
	Revisión de la razón para la colocación e información conocida acerca del estado médico y necesidades especiales del niño.
	Brindar una copia de "Guía relativa para CPS" (DSHS 22-492).
	Verificación de nombre y fecha de nacimiento en NCIC completada (sólo colocaciones de emergencia)
<u>DENTRO DE LAS 72 HORAS POSTERIORES A LA COLOCACIÓN</u>	
<b>NOTA: Use la Hoja Básica de Consejos de Evaluación de Seguridad Doméstica</b>	
	Revisión de antecedentes de abuso infantil y negligencia en otros estados cuando sea pertinente.
	Verificación de huellas dactilares de todos los adultos que residen en el hogar.
	Revisión de temas de protección con el familiar encargado del cuidado, incluso si se permite tener contacto con la familia biológica.
<u>EN LA COLOCACIÓN</u>	
	Revisión de las huellas dactilares completada dentro de los 10 días posteriores a la revisión de los antecedentes penales, cuando corresponda.
	Aconsejar al familiar acerca de la disponibilidad de apoyo financiero y servicios:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenciamiento de cuidado de crianza</li> <li>• Cobertura médica</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios TANF– (Para aplicar para estos beneficios, el cuidador <b>debe reportar</b> que el niño ha sido colocado por CA).</li> <li>• Oportunidades de capacitación</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derecho a ser escuchado en audiencias judiciales</li> </ul>
	Revisar el Acuerdo de Colocación con la familia y firmar el acuerdo. (DSHS 15-281)
	Aconsejar al cuidador acerca del Registro de Salud y Educación del Niño (CHET)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programar un examen de Revisión Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programar un examen dental (si el niño no lo ha recibido en los 6 meses anteriores)</li> </ul>
	Dos revisiones de referencias verbales.
Comentarios	
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE COLOCACIÓN:	FECHA EN QUE FUE COMPLETADO



CA Children's Administration

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES  
 CHILDREN'S ADMINISTRATION  
**Admisión del cuidador (Caregiver Intake)**  
 RCW 74.15.020 (2) (i-iv)

NOMBRE DEL NIÑO					FECHA DE COLOCACIÓN	
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEXO M/F	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL NIÑO	VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES*	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/>	
*Adjuntar documentación: La verificación de antecedentes incluye NCIC completo, huellas dactilares, BCCU y CA/N						
QUIÉN ES EL CUIDADOR PRINCIPAL			AFILIACIÓN TRIBAL			
DIRECCIÓN			DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DE TELÉFONO	
<b>¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado.						
La relación del cuidador con el niño: <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna <input type="checkbox"/> Otro:			Dominio limitado del inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      Idioma primario:			
Razones por las que el niño requiere una colocación:						
El cuidador o alguna persona que reside en el hogar, ¿tiene algún comportamiento, condición o limitación que podría afectar la salud y la seguridad del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:						
Comentarios/Dudas que podrían afectar la idoneidad de la colocación:						
QUIÉN PROPORCIONÓ ESTA INFORMACIÓN: <input type="checkbox"/> Madre biológica <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Otro familiar: <input type="checkbox"/> Otra persona adecuada:				FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL		

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA**

<b>En el estado:</b>	NOMBRE DEL CONTACTO	NOMBRE DEL CONDADO		
DIRECCIÓN	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA	NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
<b>Fuera del estado:</b>	NOMBRE DEL CONTACTO	NOMBRE DEL CONDADO		
DIRECCIÓN	CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA	NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	

**A SER COMPLETADO POR EL FUNCIONARIO PARA TODAS LAS PERSONAS QUE SE QUEDAN EN EL HOGAR.**