

DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION  
(ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO) (DDA)  
**Solicitud de servicios para niños fuera del hogar**

NOMBRE DEL NIÑO/JOVEN		EDAD	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DE LOS PADRES O DEL TUTOR LEGAL (VÉASE LA DEFINICIÓN MÁS ABAJO)			FECHA DE LA SOLICITUD
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
¿Vive este niño con usted en esta dirección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso negativo, facilite una explicación:			
Yo/nosotros somos los padres legales y custodios de este niño. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si procede, los padres o el tutor legal han proporcionado documentación judicial que verifica la relación de custodia. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
INFORMACIÓN LEGAL ADICIONAL RELATIVA A SU HIJO			
NÚMERO DE TELÉFONO ACTUAL DE LOS PADRES		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
NÚMERO DE TELÉFONO ACTUAL DE LOS PADRES		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
NÚMERO ACTUAL DE TELÉFONO DEL PADRE EN EL TRABAJO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL ACTUAL	
NÚMERO ACTUAL DE TELÉFONO DEL PADRE EN EL TRABAJO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO MÓVIL ACTUAL	
<p><b>Al firmar, usted afirma que es el padre o la madre que tiene la custodia del niño/joven arriba mencionado. Uno de los padres custodios debe firmar y colocar la fecha en el formulario de solicitud, a menos que un tribunal haya determinado que las decisiones relativas a la residencia alternativa deben tomarse por unanimidad; o que haya pruebas de que uno de los padres ha renunciado explícita o prácticamente a la función de padre. Los padres o el tutor legal pueden poner fin a los servicios en cualquier momento. El WAC 388-826-0005 define a los padres como padres biológicos o adoptivos, tutores o custodios legales con autoridad legal para tomar decisiones en nombre del niño en relación con la atención sanitaria y las prestaciones públicas.</b></p>			
FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL		FECHA	
FIRMA DE LOS PADRES		FECHA	
FIRMA DEL COORDINADOR DE LA OHS O DE LA PERSONA DESIGNADA		FECHA	

**DISTRIBUCIÓN:** Copias a: Padres; Expediente del Cliente; Director del Programa Residencial para Niños HQ