



Escrita por: <input type="checkbox"/> DCYF <input type="checkbox"/> CPA:	
Apellido:	
N.º de proveedor:	
Dirección de la familia:	
Tipo de estudio del hogar: Elija una opción	
Resultado del estudio del hogar: Elija una opción	
El estudio del hogar solicitado del Pacto Interestatal para la Colocación de Menores (ICPC) Elija una opción	
Nombre, contacto y antecedentes de solicitante	
Nombre de solicitante A:	Nombre de solicitante B:
Nombre preferido (si corresponde):	Nombre preferido (si corresponde):
Pronombres:	Pronombres:
Fecha de nac.:	Fecha de nac.:
Número de celular:	Número de celular:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Género:	Género:
Raza identificada:	Raza identificada:
Hispano/latino:	Hispano/latino:
Miembro o elegible para la membresía de una tribu reconocida a nivel federal:	Miembro o elegible para la membresía de una tribu reconocida a nivel federal:
Tribu(s):	Tribu(s):
Idioma principal:	Idioma principal:
Idioma secundario:	Idioma secundario:
Ocupación:	Ocupación:
Horario de trabajo:	Horario de trabajo:
Fecha de entrevista final:	Fecha de entrevista final:
Estudios del hogar anteriores	
Fecha de estudio del hogar anterior:	
Tipo de estudio del hogar anterior: Elija una opción	
Resultado del estudio del hogar anterior:	

Copie y pegue la tabla que aparece antes de esta línea según sea necesario y luego borre este texto

Menores atendidos

Evaluación específica del menor:

Capacidad para la crianza:

Atención con sensibilidad frente al trauma:

Servicios:

Antecedentes y familia de origen del solicitante A

Antecedentes:

Trauma para el solicitante A

Trauma:

Violencia doméstica:

Salud y bienestar del cuidador para el solicitante A

Afecciones de salud actuales (físicas/mentales):

Orientación psicológica/terapia:

Consumo actual de alcohol/drogas:

Parejas previas y relaciones de apoyo del solicitante A

Relaciones legales y significativas previas:

Relaciones de apoyo:

Antecedentes y familia de origen del solicitante B

Antecedentes

Trauma para el solicitante B

Trauma:

Violencia doméstica:

Salud y bienestar del cuidador para el solicitante B

Afecciones de salud actuales (físicas/mentales):

Orientación psicológica/terapia:

Consumo actual de alcohol/drogas:

Parejas previas y relaciones de apoyo del solicitante B

Relaciones legales y significativas previas:

Relaciones de apoyo:

Relaciones actuales (compartidas por los solicitantes A y B si correspondiera)

Relaciones:

Violencia o conflictos familiares:

Nombre del menor	Fecha de nacimiento	Relación del solicitante con el menor

Descripción de los menores y entrevista/observación:

Otros adultos:

Experiencia de cuidados/crianza (compartida por los solicitantes A y B si correspondiera)

Experiencia de crianza:

Responsabilidades de crianza:

Desafíos de la crianza:

Capacitación:

Crianza prudente:

Manejo de la conducta (compartido por los solicitantes A y B si correspondiera)

Disciplina:

Recursos (compartidos por los solicitantes A y B si correspondiera)

Recursos:

Entorno del hogar (compartido por los solicitantes A y B si correspondiera)

Descripción del hogar:

Organización para dormir:

Sueño seguro de bebés:

Armas:

Materiales tóxicos:

Alcohol/nicotina/marihuana:

Almacenamiento de medicamentos:

Mascotas/animales:

Edificaciones externas:

Posibles peligros:

Ocupación y finanzas (compartidas por los solicitantes A y B si correspondiera)

Ocupación y finanzas:

Ingresos/recursos:

Referencias (compartidas por los solicitantes A y B si correspondiera)

Referencias:

Autorizaciones

El Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (*Department of Children, Youth and Families*, DCYF) completa verificaciones de antecedentes para todos los miembros del hogar de 16 años en adelante, incluidas las personas que viven en alguna parte de la propiedad del solicitante. El DCYF también puede completar verificaciones de antecedentes para personas menores de 16 años en los casos en que se justifique a los efectos de garantizar la seguridad de los menores. Las verificaciones de antecedentes para los adultos de 18 años en adelante incluyen las huellas dactilares a través del Buró Federal de Investigaciones y verificaciones de antecedentes de maltrato y abandono infantil de cada estado donde la persona adulta haya vivido en los cinco años previos a la solicitud de antecedentes. Las personas de 16 o 17 años que hayan vivido fuera del estado de Washington en los tres años previos a la solicitud de antecedentes deben completar las huellas dactilares.

La decisión con respecto a la verificación de antecedentes se basa en la revisión de la información de antecedentes de la persona en comparación con [la lista de delitos y acciones negativas de la secretaria del DCYF](#). Esto puede incluir una evaluación de aptitud para los delitos que no son descalificadores a nivel federal.

- La relevancia de la herencia racial, étnica y cultural del menor. La raza no se puede usar para determinar la aptitud, calidad o elegibilidad de un solicitante.
- Revisión de beneficios y limitaciones de la planificación de la permanencia (DCYF 16-231)
- No corresponde en el caso de esta evaluación.

Evaluación (compartida por los solicitantes A y B si correspondiera)

Evaluación:

Recomendación:

Declaración de calificaciones de licenciate

Soy empleado del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) o empleado de una agencia habilitada por el DCYF como agencia de colocación de menores (*child-placing agency*, CPA). Se me ha encargado proporcionar servicios de estudio del hogar, lo que incluye la realización de informes previos a la colocación. Cumpló con las calificaciones requeridas según lo definido en el RCW 26.33.

Soy el autor de este informe, conozco el contenido y creo que las afirmaciones incluidas en el presente son verdaderas. La recomendación se hace sobre la base de la información que tuve a mi disposición en el momento del estudio del hogar. Si surgiera información adicional, podría cambiar mi recomendación.

Nombre del trabajador:	Cargo:
Firma del trabajador:	Fecha:

Declaración del supervisor

Revisé el contenido, creo que las afirmaciones incluidas son verdaderas y estoy de acuerdo con las recomendaciones hechas en función de la información que tuve a mi disposición en el momento del estudio del hogar. Si surgiera información adicional, podría cambiar mi recomendación.

Nombre del supervisor:	Cargo:
Firma del supervisor:	Fecha: