|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | | LICENSING DIVISION (LD)  **Solicitud de estudio del hogar o reevaluación**  **Home Study or Reassessment Application**  Agencia de colocación de niños (si corresponde): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | |
|  | | | | | | |
| **TIPO DE SOLICITUD** (Elija una)  Licencia de cuidado de crianza (con o sin adopción)  Licencia de cuidado de familiares (con o sin adopción)  Cuidado de familiares (con o sin adopción)  Solo adopción sin licencia   Licencia provisional expedita de cuidado de crianza (debe haber tenido licencia en los últimos 5 años)  Licencia provisional expedita de cuidado de familiares (debe haber tenido licencia en los últimos 5 años)  Renovación de licencia de cuidado de crianza  Renovación de licencia de cuidado de familiares   Actualización del estudio del hogar  Licencia de cuidado de crianza - cambio de dirección  Licencia de cuidado de familiares - cambio de dirección | | | | | | |
| **Dirección del hogar** | | | | | | |
| CALLE Y NÚMERO | CIUDAD  , WA | | CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL) | | | CONDADO |
| NÚMERO DE TELÉFONO FIJO O DE TELÉFONO CELULAR DEDICADO DEL HOGAR (SI CORRESPONDE) | | | | | | |
| FECHA DE LA PRIMERA NOCHE PASADA EN EL NUEVO HOGAR (la fecha es para hacer seguimiento a un cambio de dirección y no puede ser una fecha futura) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Solicitante A – escriba con letra de molde su nombre como aparece en su identificación con fotografía emitida por el gobierno.** | | | | | | |
| NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE) | | | APELLIDO | SUFIJO | |
| NOMBRE PREFERIDO (SI CORRESPONDE) | SEGUNDO NOMBRE PREFERIDO (SI CORRESPONDE) | | | APELLIDO PREFERIDO  (SI CORRESPONDE) | SUFIJO PREFERIDO (SI CORRESPONDE) | |
| FECHA DE NACIMIENTO | NÚMERO DE TELÉFONO | | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | MODO DE CONTACTO PREFERIDO  Teléfono  Mensajes de texto  Correo electrónico  Correo postal | |
| IDIOMA PRINCIPAL | ¿PUEDE COMUNICARSE CON UN NIÑO EN OTROS IDIOMAS? ESCRÍBALOS. | | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | |
| **ESTADO CIVIL** | Persona soltera  Persona que está separada  Parte de una pareja no casada (que solicitan cuidar niños juntos)  Parte de una pareja casada | | | | | |
| **DIRECCIÓN POSTAL**  **(SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DEL HOGAR)** | CALLE Y NÚMERO | | CIUDAD/ESTADO | | CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL) | |
| **¿Cuál es su identidad de género?** | Femenino  Masculino  X | | | | | |
| **¿Cuáles son sus pronombres? (marque todos los que correspondan)** | ella  él  ellos  otro: | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Cuál de estas opciones describe mejor su raza?**  **Reconocemos respetuosamente que las opciones podrían no ser 100% inclusivas.**  **Marque todas las que correspondan.** | **Indígena americano o nativo de Alaska** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo a Centroamérica) y que mantiene una afiliación tribal o vínculos con la comunidad.  **Asiático** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, a Camboya, China, la India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.  **Negro o afroamericano** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los grupos raciales negros de África.  **Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.  **Blanco** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o el norte de África.  **Desconocido** – No conozco mi raza, o al menos una raza.  **Otro** – Mi raza no se menciona abajo. Mi raza es .  **Negativa a contestar esta pregunta** – Me niego a contestar esta pregunta. |
| **¿Se identifica como hispano o latino?** | Hispano/Latino – Una persona que se autoidentifica como cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, sin importar su raza.  Sí  No  Desconocido  Negativa a contestar esta pregunta – Me niego a contestar esta pregunta. |
| **¿Es miembro o es elegible para ser miembro de una tribu reconocida federalmente?** | Sí (escribir una tribu)  No  No estoy seguro  Escriba las tribus adicionales |
| **¿Alguna vez...** | le han denegado una licencia para cuidar a niños o adultos?  le han suspendido o revocado una licencia para cuidar a niños o adultos?  ha solicitad una licencia para su hogar (cuidado de crianza, cuidado de niños o familiar para adultos)?  ha solicitado adoptar a un niño?  Si seleccionó alguna de las opciones anteriores, explique: |
| **El Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) del estado de Washington no discriminará a personas cualificadas con discapacidades debido a su discapacidad en sus servicios, programas o actividades.** | ¿Necesita adaptaciones (modificaciones o ajustes a una política o servicio que permitan que una persona con una discapacidad tenga acceso equitativo) relacionadas con una discapacidad?  No en este momento.  Sí. (Describa sus necesidades e identifique las adaptaciones, los apoyos auxiliares y los servicios que necesita).  \* Si tiene preguntas acerca de las adaptaciones, modificaciones u otros asuntos relacionados con las obligaciones de la DCYF de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, comuníquese a [dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov) |
|  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Si hay un segundo solicitante, llene esta sección. No es necesario que tenga dos solicitantes.* | | | | |
|  | | | | |
| **Solicitante B – escriba con letra de molde su nombre como aparece en su identificación con fotografía emitida por el gobierno.** | | | | |
| NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE) | | APELLIDO | SUFIJO |
| NOMBRE PREFERIDO  (SI CORRESPONDE) | SEGUNDO NOMBRE PREFERIDO (SI CORRESPONDE) | | APELLIDO PREFERIDO  (SI CORRESPONDE) | SUFIJO PREFERIDO (SI CORRESPONDE) |
| FECHA DE NACIMIENTO | NÚMERO DE TELÉFONO | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | MODO DE CONTACTO PREFERIDO  Teléfono  Mensajes de texto  Correo electrónico  Correo postal |
| IDIOMA PRINCIPAL | ¿PUEDE COMUNICARSE CON UN NIÑO EN OTROS IDIOMAS? ESCRÍBALOS. | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL |
| **ESTADO CIVIL** | Persona soltera  Persona que está separada  Parte de una pareja no casada (que solicitan cuidar niños juntos)  Parte de una pareja casada | | | |
| **DIRECCIÓN POSTAL**  **(SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DEL HOGAR)** | CALLE Y NÚMERO | CIUDAD/ESTADO | | CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL) |
| **¿Cuál es su identidad de género?** | Femenino  Masculino  X | | | |
| **¿Cuáles son sus pronombres? (marque todos los que correspondan)** | ella  él  ellos  otro: | | | |
| **¿Cuál de estas opciones describe mejor su raza?**  **Reconocemos respetuosamente que las opciones podrían no ser 100% inclusivas.**  **Marque todas las que correspondan.** | **Indígena americano o nativo de Alaska** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo a Centroamérica) y que mantiene una afiliación tribal o vínculos con la comunidad.  **Asiático** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, a Camboya, China, la India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.  **Negro o afroamericano** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los grupos raciales negros de África.  **Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.  **Blanco** – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o el norte de África.  **Desconocido** – No conozco mi raza, o al menos una raza.  **Otro** – Mi raza no se menciona abajo. Mi raza es .  **Negativa a contestar esta pregunta** – Me niego a contestar esta pregunta. | | | |
| **¿Se identifica como hispano o latino?** | Hispano/Latino – Una persona que se autoidentifica como cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, sin importar su raza.  Sí  No  Desconocido  Negativa a contestar esta pregunta – Me niego a contestar esta pregunta. | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **¿Es miembro o es elegible para ser miembro de una tribu reconocida federalmente?** | | | Sí (escribir una tribu)  No  No estoy seguro  Escriba las tribus adicionales | | | | | | |
| **¿Alguna vez...** | | | le han denegado una licencia para cuidar a niños o adultos?  le han suspendido o revocado una licencia para cuidar a niños o adultos?  ha solicitad una licencia para su hogar (cuidado de crianza, cuidado de niños o familiar para adultos)?  ha solicitado adoptar a un niño?  Si seleccionó alguna de las opciones anteriores, explique: | | | | | | |
| **El Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) del estado de Washington no discriminará a personas cualificadas con discapacidades debido a su discapacidad en sus servicios, programas o actividades.** | | | ¿Necesita adaptaciones (modificaciones o ajustes a una política o servicio que permitan que una persona con una discapacidad tenga acceso equitativo) relacionadas con una discapacidad?  No en este momento.  Sí. (Describa sus necesidades e identifique las adaptaciones, los apoyos auxiliares y los servicios que necesita).  \* Si tiene preguntas acerca de las adaptaciones, modificaciones u otros asuntos relacionados con las obligaciones de la DCYF de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, comuníquese a [dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ¿Hay adultos, además de los solicitantes antes descritos, en la vivienda *o viviendo en el inmueble?* *Un miembro adulto del hogar es cualquier persona de 18 años de edad o más que tiene la misma dirección, a tiempo completo o parcial. Para ver la definición de inmueble, consulte* [*WAC 110-148-1305*](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1305)*.*  Sí  No  Si contestó que sí, escriba la información a continuación. | | | | | | | | | |
| **Miembro adulto del hogar 1** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE) | | | APELLIDO SUFIJO | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| RELACIÓN CON USTED  Hijo del solicitante/los solicitantes  Familiar  No familiar | | | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | | IDENTIDAD DE GÉNERO  Femenino  Masculino  X | |
|  | | | | | | | | | |
| **Miembro adulto del hogar 2** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE) | | | | APELLIDO SUFIJO | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| RELACIÓN CON USTED  Hijo del solicitante/los solicitantes  Familiar  No familiar | | | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | | IDENTIDAD DE GÉNERO  Femenino  Masculino  X | |
|  | | | | | | | | | |
| **Miembro adulto del hogar 3** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE) | | | | APELLIDO SUFIJO | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| RELACIÓN CON USTED  Hijo del solicitante/los solicitantes  Familiar  No familiar | | | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | | IDENTIDAD DE GÉNERO  Femenino  Masculino  X | |
| *Si hay más miembros adultos en el hogar, adjunte una hoja de papel adicional.* | | | | | | | | | |
| ¿Hay niños en su hogar, *o viviendo en el inmueble? Un miembro menor de edad del hogar es cualquier persona de 17 años de menos que tiene la misma dirección, a tiempo completo o parcial (por ejemplo, que vive parte del tiempo en la residencia debido a un acuerdo de custodia). Para ver la definición de inmueble, consulte* [*WAC 110-148-1305*](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1305)*.*  Sí  No | | | | | | | | | |
| Si contestó que sí, escriba la información a continuación. | | | | | | | | | |
| **Miembro menor de edad del hogar 1** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE) | | | | APELLIDO SUFIJO | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| RELACIÓN CON USTED  Hijo del solicitante/los solicitantes  Familiar  No familiar | | | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | | IDENTIDAD DE GÉNERO  Femenino  Masculino  X | |
|  | | | | | | | | | |
| **Miembro menor de edad del hogar 2** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE) | | | APELLIDO SUFIJO | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| RELACIÓN CON USTED  Hijo del solicitante/los solicitantes  Familiar  No familiar | | | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | | IDENTIDAD DE GÉNERO  Femenino  Masculino  X | |
|  | | | | | | | | | |
| **Miembro menor de edad del hogar 3** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE) | | | APELLIDO SUFIJO | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| RELACIÓN CON USTED  Hijo del solicitante/los solicitantes  Familiar  No familiar | | | | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | | IDENTIDAD DE GÉNERO  Femenino  Masculino  X | |
| *Si tiene menores de edad adicionales en su inmueble, adjunte otra hoja de papel.*  ¿Tiene hijos que no vivan en su hogar o en el inmueble? *Incluya a los hijos adultos, hijos menores de edad y otros menores que haya criado.*  Sí  No  N/A - Solo solicitudes de mudanza/renovación  Si contestó que sí, escriba la información a continuación. *Si no conoce la información de contacto, escriba "Desconocido".* | | | | | | | | | |
| **Menor 1** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE  (SI CORRESPONDE) | | APELLIDO | | | FECHA DE NACIMIENTO | | |
| DIRECCIÓN POSTAL | | | | CIUDAD | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | | PAÍS |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | HIJO(A) DE (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)  Solicitante A  Solicitante B  Ninguno de los solicitantes | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Menor 2** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE  (SI CORRESPONDE) | | APELLIDO | | | FECHA DE NACIMIENTO | | |
| DIRECCIÓN POSTAL | | | | CIUDAD | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | | PAÍS |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | HIJO(A) DE (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)  Solicitante A  Solicitante B  Ninguno de los solicitantes | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Menor 3** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE  (SI CORRESPONDE) | | APELLIDO | | | FECHA DE NACIMIENTO | | |
| DIRECCIÓN POSTAL | | | | CIUDAD | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | | PAÍS |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | HIJO(A) DE (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN)  Solicitante A  Solicitante B  Ninguno de los solicitantes | | |
| *Si tiene hijos adicionales que no vivan en su hogar, adjunte otra hoja de papel.*  Escriba los datos de una persona que lo haya conocido por dos o más años y que pueda servirle como referencia. De preferencia, alguien que conozca su experiencia en el cuidado de niños, de haberlo. *Para cuidado de crianza general o adopción sin licencia, no puede ser un familiar.* | | | | | | | | | |
| **Referencia 1** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE  (SI CORRESPONDE) | | APELLIDO | | |  | | |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (PREFERIDA) | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | | |
| DIRECCIÓN POSTAL | | | | CIUDAD | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | | PAÍS |
| Escriba los datos de otra persona que lo haya conocido por dos o más años y que pueda servirle como referencia. De preferencia, alguien que conozca su experiencia en el cuidado de niños, de haberlo. *Puede ser un familiar.* | | | | | | | | | |
| **Referencia 2** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE  (SI CORRESPONDE) | | APELLIDO | | |  | | |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (PREFERIDA) | | | | NÚMERO DE TELÉFONO | | | PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | | |
| DIRECCIÓN POSTAL | | | | CIUDAD | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | | PAÍS |
|  | | | | | | | | | |
| ¿Su solicitud se refiere a uno o varios menores en específico?  Sí  No  N/A - Solo solicitudes de mudanza/renovación  Si contestó que sí, escriba la información a continuación. | | | | | | | | | |
| **Menor 1** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE  (SI CORRESPONDE) | | APELLIDO | | | FECHA DE NACIMIENTO (SI LA CONOCE) | | |
| ¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON ESTE MENOR? | | | | | ¿ESTE MENOR YA ESTÁ COLOCADO EN SU HOGAR?  Sí  No | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Menor 2** | | | | | | | | | |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE  (SI CORRESPONDE) | | APELLIDO | | | FECHA DE NACIMIENTO (SI LA CONOCE) | | |
| ¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON ESTE MENOR? | | | | | ¿ESTE MENOR YA ESTÁ COLOCADO EN SU HOGAR?  Sí  No | | | | |
| *Si su solicitud se refiere a menores adicionales, adjunte otra hoja de papel.* | | | | | | | | | |
| **Firma** | | | | | | | | | |
| **Certifico/certificamos que la información anterior y los anexos requeridos son verdaderos y están completos, en la medida de mi/nuestro conocimiento. La omisión de revelar información pertinente de forma veraz puede ser causa de denegación de la solicitud o de revocación de una licencia.**  **Otorgo/otorgamos mi/nuestro permiso para que el DCYF y agencias privadas se comuniquen con las referencias incluidas en esta solicitud y hablen sobre temas pertinentes para mi/nuestra solicitud de servicios de adopción / licencia de cuidado de crianza / colocación con familiares.**  **Entiendo/entendemos que el DCYF realizará una verificación de antecedentes penales y una verificación de los archivos de maltrato y abandono del DCYF de todas las personas que presentan la solicitud.** | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL SOLICITANTE A FECHA | | | | | FIRMA DEL SOLICITANTE B FECHA | | | | |
|  | | | | | | | | | |