División de Licenciamiento

**Solicitud de estudio del hogar o de reevaluación**

**Home Study or Reassessment Application**

Agencia de Colocación de Menores (*Child Placing Agency*, CPA) (si corresponde):

**CONFIDENCIAL**

Tipo de solicitud (*Elija uno*)

Licencia de familiar (con o sin adopción)

Licencia de cuidados de crianza temporal (con o sin adopción)

Cuidado de familiares (con o sin adopción)

Actualización del estudio del hogar

Licencia provisional de cuidados de crianza temporal acelerada (debe haber tenido la licencia dentro de los 5 años anteriores) Licencia de familiar provisional acelerada (debe haber tenido la licencia dentro de los 5 años anteriores)

Renovación de licencia de cuidados de crianza temporal

Renovación de licencia de familiar

Licencia de cuidados de crianza temporal - Cambio de dirección

Licencia de familiar - Cambio de dirección

# Dirección de la familia

Dirección

Ciudad  Estado **WA**  Código postal  Condado

Teléfono

Fecha de la primera noche que pasó en el hogar nuevo

*(la fecha es para llevar un registro del cambio de dirección y no puede ser una fecha futura)*

# Solicitante A

Imprima su nombre como aparece en la identificación con foto emitida por el gobierno.

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Nombre preferido/de elección (*si corresponde*)

Primer nombre  Segundo nombre

Apellido  Sufijo

Fecha de nacimiento       Teléfono       Correo electrónico

Contacto preferido  Teléfono  Mensajes de texto  Correo electrónico  Correo postal

Idioma principal

¿Puede comunicarse con un niño en otro idioma? Enumere

Los cuidadores con licencia pueden recibir pagos. Se requiere un número de identificación fiscal. Elija un solicitante para recibir el pago. ¿El solicitante A recibirá pagos?  Sí  No

Número de seguro social (SSN) o Número de identificación fiscal individual (ITIN)

Estado civil  Persona soltera  Persona separada  Parte de una pareja casada

Parte de una pareja no casada

Dirección de correspondencia (si es diferente a la dirección de la familia)

Dirección postal o casilla postal

Ciudad  Estado  Código postal  Condado

¿Cuál es su identidad de género?  Femenino  Masculino  X

¿Cuáles son sus pronombres? (*marque todas las opciones que correspondan*)  ella  él  elle   
 otro

¿Cuál de estas opciones describe mejor su raza? Reconocemos respetuosamente que las opciones mencionadas pueden no ser 100 % inclusivas. *Marque todas las que correspondan.*

**Indígena americano o nativo de Alaska**: Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene una afiliación tribal o apego comunitario.

**Asiático**: Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, inclusive, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

**Negro o afroamericano**: Persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

**Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico**: Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

**Blanco**: Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el norte de África.

**Desconocido**: Desconozco mi raza o al menos una raza.

**Otro**: Mi raza no figura en la lista anterior. Mi raza es.

**Se negó a responder a esta pregunta**: Me niego a responder a esta pregunta.

¿Se identifica como **hispano/latino** (una persona que se identifica como cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza)?

Sí  No  Desconocido  Se negó a responder a esta pregunta: Me niego a responder a esta pregunta.

¿Es usted miembro o cumple los requisitos para ser miembro de alguna tribu reconocida a nivel federal?

Sí - Indique la(s) tribu(s)

No  No estoy seguro

Alguna vez:

¿Le han denegado una licencia para cuidar niños o adultos?

¿Le han suspendido o revocado una licencia para cuidar niños o adultos?

¿Ha solicitado una licencia para el hogar (cuidados de crianza temporal, cuidado de familiares, cuidado infantil o familia adulta) anteriormente?

¿Ha solicitado la adopción de un niño anteriormente?

Si seleccionó alguna de las opciones anteriores, explique:

El Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) del estado de Washington no discriminará a personas con discapacidad que reúnan los requisitos por motivos de discapacidad en sus servicios, programas o actividades.

¿Necesita adaptaciones (modificaciones o ajustes a una política o servicio que permitan a una persona con discapacidad tener igualdad de acceso) relacionadas con una discapacidad?

No en este momento.

Sí (Describa sus necesidades e identifique las adaptaciones, los dispositivos auxiliares o los servicios que necesita).

\* Si tiene preguntas sobre adaptaciones, modificaciones u otros asuntos relacionados con las obligaciones del DCYF según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*, ADA), comuníquese con [dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov](mailto:dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov)

Si hay un segundo solicitante, complete esta sección. No es necesario que haya dos solicitantes.

# Solicitante B

Imprima su nombre como aparece en la identificación con foto emitida por el gobierno.

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo

Nombre preferido/de elección (*si corresponde*)

Primer nombre  Segundo nombre

Apellido  Sufijo

Fecha de nacimiento  Teléfono  Correo electrónico

Contacto preferido  Teléfono  Mensajes de texto  Correo electrónico  Correo postal

Idioma principal

¿Puede comunicarse con un niño en otro idioma? Enumere

Los cuidadores con licencia pueden recibir pagos. Se requiere un número de identificación fiscal. Elija un solicitante para recibir el pago. ¿El solicitante B recibirá pagos?  Sí  No

Número de seguro social (SSN) o Número de identificación fiscal individual (ITIN)

Estado civil  Persona soltera  Persona separada  Parte de una pareja casada

Parte de una pareja no casada

Dirección de correspondencia (si es diferente a la dirección de la familia)

Dirección postal o casilla postal

Ciudad  Estado  Código postal  Condado

¿Cuál es su identidad de género?  Femenino  Masculino  X

¿Cuáles son sus pronombres? (*marque todas las opciones que correspondan*)  ella  él  elle

otro

¿Cuál de estas opciones describe mejor su raza? Reconocemos respetuosamente que las opciones mencionadas pueden no ser 100 % inclusivas. *Marque todas las que correspondan.*

**Indígena americano o nativo de Alaska**: Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene una afiliación tribal o apego comunitario.

**Asiático**: Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, inclusive, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

**Negro o afroamericano**: Persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

**Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico**: Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

**Blanco**: Persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o el norte de África.

**Desconocido**: Desconozco mi raza o al menos una raza.

**Otro**: Mi raza no figura en la lista anterior. Mi raza es

**Se negó a responder a esta pregunta**: Me niego a responder a esta pregunta.

¿Se identifica como **hispano/latino** (una persona que se identifica como cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza)?

Sí  No  Desconocido  Se negó a responder a esta pregunta: Me niego a responder a esta pregunta.

¿Es usted miembro o cumple los requisitos para ser miembro de alguna tribu reconocida a nivel federal?

Sí - Indique la(s) tribu(s)

No  No estoy seguro

Alguna vez:

¿Le han denegado una licencia para cuidar niños o adultos?

¿Le han suspendido o revocado una licencia para cuidar niños o adultos?

¿Ha solicitado una licencia para el hogar (cuidados de crianza temporal, cuidado de familiares, cuidado infantil o familia adulta) anteriormente?

¿Ha solicitado la adopción de un menor anteriormente?

Si seleccionó alguna de las opciones anteriores, explique:

El Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) del estado de Washington no discriminará a personas con discapacidad que reúnan los requisitos por motivos de discapacidad en sus servicios, programas o actividades.

¿Necesita adaptaciones (modificaciones o ajustes a una política o servicio que permitan a una persona con discapacidad tener igualdad de acceso) relacionadas con una discapacidad?

No en este momento.

Sí. (Describa sus necesidades e identifique las adaptaciones, los dispositivos auxiliares o los servicios que necesita).

\* Si tiene preguntas sobre adaptaciones, modificaciones u otros asuntos relacionados con las obligaciones del DCYF según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*, ADA), comuníquese con dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov

**¿Vive algún otro adulto (mayor de 18 años) en su hogar o propiedad?**

Para solicitudes de familiares, indique:

* Todos los adultos que viven en su hogar.
* Todos los adultos que viven en su propiedad y que puedan tener acceso sin supervisión a los menores bajo su cuidado.

Para solicitudes de cuidados de crianza temporal, indique:

* Todos los adultos que viven en su hogar.
* Todos los adultos que viven en su propiedad.

Sí  No

En caso afirmativo, ingrese su información a continuación.

# Miembro adulto del hogar 1

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Fecha de nacimiento  SSN (opcional)

Relación con usted  Hijo del solicitante  Familiar  No familiar

Identidad de género  Femenino  Masculino  X

# Miembro adulto del hogar 2

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Fecha de nacimiento  SSN (opcional)

Relación con usted  Hijo/a del solicitante  Familiar  No familiar

Identidad de género  Femenino  Masculino  X

# Miembro adulto del hogar 3

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Fecha de nacimiento  SSN (opcional)

Relación con usted  Hijo/a del solicitante  Familiar  No familiar

Identidad de género  Femenino  Masculino  X

*Si hay otros adultos en su hogar, utilice la última página en blanco que se proporciona.*

**¿Solicita cuidar o seguir cuidando a un menor o menores específicos?**

Sí  No  N/C - Solicitud de mudanza/solo renovación

En caso afirmativo, ingrese su información a continuación.

# Menor 1

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

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

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

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 tiene menores adicionales, utilice la última página en blanco que se proporciona.*

**¿Hay menores (de 17 años o menos) viviendo en su hogar o propiedad a tiempo completo o parcial (por ejemplo, a tiempo parcial debido a un acuerdo de custodia)?**

Para solicitudes de familiares, indique:

* Todos los menores que viven en su hogar.
* Todos los menores que viven en su propiedad y que puedan tener acceso sin supervisión a los menores bajo su cuidado.

Para solicitudes de cuidados de crianza temporal, indique:

* Todos los menores que viven en su hogar.
* Todos los menores que viven en su propiedad.

Sí  No

En caso afirmativo, ingrese su información a continuación.

# Miembro menor del hogar 1

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Fecha de nacimiento  SSN (opcional)

Relación con usted  Hijo del solicitante  Familiar  No familiar

Identidad de género  Femenino  Masculino  X

# Miembro menor del hogar 2

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Fecha de nacimiento  SSN (opcional)

Relación con usted  Hijo del solicitante  Familiar  No familiar

Identidad de género  Femenino  Masculino  X

# Miembro menor del hogar 3

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Fecha de nacimiento  SSN (opcional)

Relación con usted  Hijo del solicitante  Familiar  No familiar

Identidad de género  Femenino  Masculino  X

*Si hay otros menores en su hogar, utilice la última página en blanco que se proporciona.*

**¿Tiene hijos que no viven en su casa ni en su propiedad?** *Incluya hijos adultos, menores y otros hijos que haya criado.*

Sí  No  N/C - Solicitud de mudanza/solo renovación

En caso afirmativo, ingrese su información a continuación. Si no conoce la información de contacto, escriba “Desconocida”.

# Menor 1

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Dirección postal

Ciudad  Estado Código postal

Fecha de nacimiento  Teléfono  Correo electrónico

Menor de (*marque todo lo que corresponda*)  Solicitante A  Solicitante B  Ninguno de los solicitantes

# Menor 2

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Dirección postal

Ciudad  Estado  Código postal

Fecha de nacimiento  Teléfono  Correo electrónico

Menor de (*marque todo lo que corresponda*)  Solicitante A  Solicitante B  Ninguno de los solicitantes

# Menor 3

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Sufijo (si tiene)

Dirección postal

Ciudad  Estado  Código postal

Fecha de nacimiento  Teléfono  Correo electrónico

Menor de (*marque todo lo que corresponda*)  Solicitante A  Solicitante B  Ninguno de los solicitantes

*Si tiene otros hijos que no viven con usted en su hogar, use la última página en blanco que se proporciona.*

Para las solicitudes de familiares, no se requieren referencias. Para las solicitudes de cuidados de crianza temporal, se requieren 2 referencias. Al menos 1 no debe tener parentesco con usted.

# Referencia 1

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Relación con el solicitante

Correo electrónico  Teléfono

Dirección postal

Ciudad  Estado  Código postal  País

# Referencia 2

Primer nombre  Segundo nombre (si tiene)

Apellido  Relación con el solicitante

Correo electrónico  Teléfono

Dirección postal

Ciudad  Estado  Código postal  País

# Firma

* Certifico que toda la información que he ingresado en este formulario es verdadera. No he omitido intencionalmente ninguna información relevante. Entiendo que si he proporcionado información falsa, engañosa o incompleta, el DCYF puede rechazar mi solicitud o revocar mi licencia actual.
* Autorizo al DCYF o a un CPA a hablar con cualquier persona que pueda haber indicado como referencia. El DCYF o un CPA pueden solicitar a la persona cualquier información relevante para esta solicitud de estudio del hogar o licencia.
* Entiendo que el DCYF realizará una verificación de antecedentes. Esto incluye el historial de maltrato y abandono infantil.

Firma del solicitante A Fecha

Firma del solicitante B Fecha

**Espacio adicional si es necesario**