



## Solicitud para Proveedor de Cuidado de Relevo Application for Respite Provider

**El cuidado solamente debe ser brindado hogares de crianza autorizados**

NOMBRE	APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
CALLE Y NÚMERO			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE A LA ANTES MENCIONADA)			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA		NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE DEL HOGAR TEMPORAL DONDE BRINDARÁ CUIDADO DE RELEVO (SI LO CONOCE)						
DIRECCIÓN			CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Estoy disponible para brindar cuidado de relevo en otros hogares de crianza autorizados. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Usted:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. ¿Ha tenido alguna lesión grave, enfermedad u hospitalización durante el año pasado, o posee antecedentes de limitaciones mentales o físicas?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. ¿Está tomando actualmente algún medicamento? Si es así, por favor menciónelo(s):				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. ¿Ha sido declarado responsable de maltrato infantil?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. ¿Está involucrado en el consumo o la venta ilegal de drogas?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. ¿Ha sido informado de que tiene problemas con el alcohol?				
¿Ha vivido en el estado de Washington constantemente los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si no, escriba sus direcciones anteriores de los últimos 5 años.						
CIUDAD		CONDADO Y ESTADO			FECHAS: AL - DEL	
<b>REFERENCIAS PERSONALES - No más de una referencia puede tener relación de parentesco con usted.</b>						
NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)		DIRECCIÓN (INCLUIR EL CÓDIGO POSTAL)		PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)	
Doy permiso al DCYF/Agencias Privadas para que se comuniquen con las referencias mencionadas en esta solicitud y para que discutan temas relevantes a mi solicitud.						
Comprendo que el DCYF hará una revisión de mi registro de antecedentes penales y revisará los archivos en relación a maltrato y abandono.						
Certifico que la información antes mencionada y los adjuntos solicitados son verdaderos y están completos a mi leal saber.						
Comprendo que no divulgar con total honestidad toda la información relevante puede ser motivo de rechazo de esta solicitud para el proveedor de cuidado de relevo.						
FIRMA					FECHA	