

Es importante que el especialista en estudios del hogar de la División de Licencias (LD, por sus siglas en inglés)/trabajador de la Agencia de Colocación de Menores (CPA, por sus siglas en inglés) que realiza su estudio del hogar logre conocerlo. Estas preguntas acerca de sus antecedentes familiares, educación, empleo, relaciones y cultura son los primeros pasos de ese proceso. No existen respuestas correctas o equivocadas. Si hay preguntas que preferiría discutir en persona, por favor indique esto en el espacio otorgado. Su especialista en estudios del hogar de la LD/trabajador de la CPA revisará la información antes de iniciar el estudio de su hogar y la utilizará como base para el diálogo durante el proceso de entrevista. Cada solicitante/proveedor de atención necesita completar este formulario.

Si tiene dificultades para contestar alguna parte de este cuestionario o necesita asistencia adicional, por favor discuta esta situación con su especialista en estudios del hogar de la LD/trabajador de la CPA. Si hay preguntas que preferiría discutir en persona, por favor indique esto en el espacio otorgado.

<b>Nombre del solicitante:</b>			
<b>Antecedentes del solicitante</b>			
¿EN DÓNDE NACIÓ Y CRECIÓ?			
<b>Cuidadores primarios ¿Quiénes fueron sus cuidadores primarios?</b>			
<b>Tipo de cuidador</b>	<b>Nombre del cuidador</b>	<b>¿Tiene contacto regular con esta persona?</b>	<b>¿Tiene alguna inquietud sobre el contacto no supervisado entre esta persona y el menor colocado en su hogar?</b>
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivo(a) <input type="checkbox"/> Padre o madre suplente <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Familia extendida <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivo(a) <input type="checkbox"/> Padre o madre suplente <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Familia extendida <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivo(a) <input type="checkbox"/> Padre o madre suplente <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Familia extendida <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivo(a) <input type="checkbox"/> Padre o madre suplente <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Tía <input type="checkbox"/> Tío <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Familia extendida <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	---	---

*Si tuvo más cuidadores, adjunte una hoja de papel adicional.*

<b>Hermanos</b>				
<b>Escriba los datos de todos sus hermanos (incluya a sus hermanos biológicos, adoptados, hermanastros, medio hermanos y a cualquier otra persona que considere como su hermano o hermana):</b>	¿Cuál es el nombre de su hermano(a)?	¿Cuál es la edad de su hermano(a)?	¿Tiene contacto regular con este hermano(a)?	¿Tiene alguna inquietud sobre el contacto no supervisado entre este hermano o hermana y el menor colocado en su hogar?
<b>Hermano(a) 1</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Hermano(a) 2</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Hermano(a) 3</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Hermano(a) 4</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Si tiene hermanos adicionales, adjunte otra hoja de papel.*

<b>Educación</b>			
<b>¿Tiene títulos o certificados de instituciones acreditadas (incluyendo un GED y diploma de educación secundaria) que quiera añadir?</b> <i>Si no, omita esta sección</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	TÍTULO O CERTIFICADO	NOMBRE DEL LA INSTITUCIÓN	AÑO DE CONCLUSIÓN

*Si tiene títulos o certificados adicionales, adjunte otra hoja de papel.*

<b>Empleo</b>		
<b>¿Está empleado?</b> <i>Si no, omita esta sección</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Empleo actual 1</b>	<b>Días/horas trabajadas</b>	
<b>Empleo actual 2</b>	<b>Días/horas trabajadas</b>	

*Si tiene empleos adicionales, adjunte otra hoja de papel.*

<b>Servicio militar</b>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	RAMA	RANGO

¿Ha servido alguna vez en las fuerzas militares? <i>Si no, omita esta sección</i>			
	AÑOS DE SERVICIO	TIPO DE BAJA	¿SU EXPERIENCIA MILITAR INCLUYÓ COMBATE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Cuidado infantil/Escuelas

¿Necesitará servicios de cuidado infantil para el niño colocado en su hogar? <i>Si no, omita esta sección.</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Si contestó que sí, ¿qué tipo de cuidado planea utilizar?	<input type="checkbox"/> Cuidado infantil autorizado: <input type="checkbox"/> Miembro(s) de la familia: <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Imparte clases en casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si contestó que sí, <input type="checkbox"/> He leído y acepto los requisitos del WAC referentes a: <a href="#">requisitos de instrucción educativa y vocacional</a> para los niños bajo mi cuidado.	

### Relaciones

¿Actualmente forma parte de un matrimonio legal, unión civil o pareja doméstica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, indique a continuación:		
Relación actual	NOMBRE DE LA PAREJA	CONDADO/ESTADO	
	NÚMERO DE EXPEDIENTE ESTATAL <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>	FECHA	
	¿Tiene alguna preocupación sobre el contacto con menores sin supervisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha formado parte de otros matrimonios legales, uniones civiles o parejas domésticas en el pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, indique a continuación:		
Relación anterior 1	NOMBRE DE LA PAREJA	CONDADO/ESTADO	NÚMERO DE EXPEDIENTE ESTATAL <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
	FECHA	FECHA DE VIUDEZ	FECHA DE DISOLUCIÓN
	¿Tiene alguna preocupación sobre el contacto con menores sin supervisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Relación anterior 2	NOMBRE DE LA PAREJA	CONDADO/ESTADO	NÚMERO DE EXPEDIENTE ESTATAL <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>
	FECHA	FECHA DE VIUDEZ	FECHA DE DISOLUCIÓN
	¿Tiene alguna preocupación sobre el contacto con menores sin supervisión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Explique a quiénes identifica como su sistema de apoyo y el tipo de apoyo que le brindan:			

Si tiene relaciones anteriores adicionales, adjunte otra hoja de papel.

### Disciplina y orientación

¿Qué medidas disciplinarias y recompensas se le	
---	--

aplicaban en su infancia?		
Describe sus medidas disciplinarias y prácticas de orientación actuales o planeadas:	<i>Los niños en cuidado fuera del hogar no pueden ser sujetos a medidas físicas de disciplina.</i>	
Describe sus expectativas para un recién nacido o bebé:		
Describe sus expectativas para un niño pequeño o en edad preescolar:		
Describe sus expectativas para un niño en educación primaria:		
Describe sus expectativas para un preadolescente:		
Describe sus expectativas para un adolescente:		
¿Está dispuesto a participar en terapia con un niño colocado en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 300px;">Si contestó que no, explique:</td> </tr> </table>	Si contestó que no, explique:
Si contestó que no, explique:		

Diversidad e inclusión	
<b>Describe cómo apoyará las siguientes características de un niño:</b>  Raza y origen étnico	
Cultura	
Religión y espiritualidad	
Orientación sexual	
Identidad y expresión de género	

<b>Describa cómo desarrollará y mantendrá los vínculos con la familia biológica o legal de un niño</b>	
--	--

**Panorama y salud del cuidador**

Sabemos que las personas provienen de todo tipo de antecedentes y experiencias de vida, y entendemos que contestar estas preguntas puede ser difícil o incómodo para usted.

No hay respuestas correctas o incorrectas; sin embargo, si se sentiría más cómodo conversando sobre alguno de estos temas en persona, seleccione "Prefiero abordar este tema en persona".

<b>¿Alguna vez le han dicho que tiene problemas con alguna de las siguientes cosas?</b>	<input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Drogas ilegales <input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Control de la ira	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona	Comentarios (opcional):
---	---	---	--	-------------------------

<b>¿Alguna vez ha consumido drogas ilegales, vendido drogas ilegales o abusado del alcohol o de otras drogas legales?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona	<b>Si contestó que sí, ¿cuál es la fecha aproximada en que consumió por última vez?</b>	Si contestó que sí, Comentarios (opcional):
---	--	---	---

<b>¿Alguna vez ha recibido o concluido un tratamiento para drogas o alcohol?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona	Si contestó que sí, Comentarios (opcional):
--	--	---

<b>¿Alguna vez ha formado parte de una relación en la que ocurrió violencia doméstica (violencia entre miembros de una pareja íntima)?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona	Si contestó que sí, Comentarios (opcional):
--	--	---

<b>¿Alguna vez ha tenido problemas relacionados con la fertilidad, le han diagnosticado esterilidad o ha vivido la esterilidad en una relación?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona	Si contestó que sí, Comentarios (opcional):
---	--	---

<b>¿Alguna vez ha sufrido trauma o duelo?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona	Si contestó que sí, Comentarios (opcional):
---	--	---

<b>¿Alguna vez un miembro de su familia o alguien que brindará cuidado a los niños colocados bajo su cuidado ha realizado las siguientes acciones?</b>	Vender drogas ilegales o legales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona
	Abusado del alcohol o de drogas ilegales o legales.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona
	Recibido un diagnóstico de trastorno de consumo de sustancias.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona
	Participado en o concluido un tratamiento por abuso de las drogas o el alcohol.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona
	Comentarios adicionales (opcional):	

<p>¿Un miembro de su familia o alguien que brindará cuidado a los niños colocados bajo su cuidado padece trastornos de salud física o mental que afectarían su capacidad para cuidar a niños?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona	<p>Si contestó que sí, Comentarios (opcional):</p>
<p>¿Alguna vez un miembro de su familia o alguien que brindará cuidado a los niños colocados bajo su cuidado ha formado parte de una relación en la que ocurrió violencia doméstica (violencia entre miembros de una pareja íntima)?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero abordar este tema en persona	<p>Si contestó que sí, Comentarios (opcional):</p>

Entorno físico y social		
<p>¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual?</p>	<p>¿Qué tipo de sistema surte agua a su hogar?  <input type="checkbox"/> Privado   <input type="checkbox"/> Público</p>	<p><b>SI ES PRIVADO, y solicita una licencia:</b> Deberá entregar una prueba de pozo vigente (de los últimos 12 meses). Puede cargar este comprobante como Agua privada en la etapa de requisitos condicionales.</p>
	<p>¿Permite fumar o vapear en su hogar o automóvil?  <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>SI CONTESTÓ QUE SÍ y solicita una licencia:</b>  <input type="checkbox"/> He leído y acepto los requisitos del WAC referentes a: <a href="#">los requisitos para fumar cerca de niños.</a></p>
<p>¿Tiene animales o mascotas en su inmueble?  <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No</p>	<p><b>SI CONTESTÓ QUE SÍ:</b>          Tipo/raza y nombres de los animales</p>	<p><b>SI CONTESTÓ QUE SÍ y solicita una licencia:</b>          Deberá entregar comprobantes vigentes de vacuna contra la rabia. Puede cargar estos comprobantes como Vacunación de mascotas contra la rabia en la etapa de requisitos condicionales.</p>

Niños y jóvenes a los que servimos		
<p>¿A qué población de menores prefiere brindar cuidado?</p>		
<p>¿Consideraría la opción de brindar cuidado a un menor...          (Marque todas las que correspondan)</p>	<input type="checkbox"/> ... con historial de trauma? <input type="checkbox"/> ... con conductas de abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> ... con necesidades médicas? <input type="checkbox"/> ... con conductas físicamente agresivas? <input type="checkbox"/> ... con retrasos del desarrollo?	<input type="checkbox"/> ... con diagnósticos de salud mental? <input type="checkbox"/> ... que es un padre o una madre adolescente? <input type="checkbox"/> ... con necesidades conductuales? <input type="checkbox"/> ... con necesidades del desarrollo?

Otra información	
<p>¿Tiene alguna pregunta o hay otra información que es importante que sepamos?</p>	

Firma	
<p>NOMBRE DEL SOLICITANTE</p>	<p>FECHA DE NACIMIENTO</p>
<p>FIRMA DEL SOLICITANTE</p>	<p>FECHA</p>