|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Lista de verificación para colocación con un cuidador sin licencia**  **Unlicensed Caregiver Placement Checklist**  (RCW 74.15.020(2)(I-IV) | |
| NOMBRE DE LA FAMILIA | | | FECHA DE COLOCACIÓN |
| NOMBRE DEL NIÑO | | | |
| El funcionario que hace la colocación es responsable de cumplir todos los requisitos siguientes dentro de las 72 horas posteriores a la fecha original de colocación. | | | |
| **FECHA DE REALIZACIÓN** | **ANTES DE LA COLOCACIÓN** | | |
|  | Identifique a familiares y a personas aptas para la colocación inmediatamente después de que los niños o jóvenes sean colocados en cuidado fuera del hogar, los familiares o las personas aptas son la colocación preferida. | | |
|  | Preparar el cuidado y las facultades de colocación y capturar el estatus legal. | | |
|  | Revisar FamLink para buscar antecedentes de maltrato y abandono relacionados con la seguridad del niño. Revisar los antecedentes por maltrato y descuido infantil en otros estados, cuando sea pertinente. | | |
|  | Llamar a la Unidad de Investigación de Antecedentes (BCU, por sus siglas en inglés) para las investigaciones de antecedentes que ordena la política [6800 Investigaciones de antecedentes](https://www.dcyf.wa.gov/6000-operations/6800-background-checks) de todas las personas de 16 años o más que vivan en el hogar. (Todas las colocaciones) | | |
|  | Conversar, identificar y resolver con el cuidador todas las necesidades inmediatas que podrían ser obstáculos para la colocación. | | |
|  | Revisar con el cuidador la información conocida sobre el niño e identificar todas las dudas y los recursos necesarios para ayudar al cuidador a satisfacer las necesidades especiales del niño (entre ellas, médicas, emocionales, psicológicas, culturales). | | |
|  | Realizar un recorrido de la vivienda para evaluar la seguridad física, usando la [lista de comprobación de inspección de vivienda (pariente) DCYF 10-453](http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/forms?field_form_number_value=10-453&title=); | | |
| **EN LA COLOCACIÓN** | | | |
|  | Llenar y estudiar el [acuerdo de colocación DCYF 15-281](http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/forms?field_form_number_value=15-281&title=), lo que incluye una explicación para el cuidador sobre la licencia inicial; y la [lista de verificación de colocación con cuidador sin licencia DCYF 15-280](http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/forms?field_form_number_value=15-280&title=). | | |
|  | Entregar un [paquete de colocación](http://insideca.dshs.wa.gov/intranet/forms/forms-placement.html), que incluye la [remisión de información y colocación del niño DCYF 15-300](http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/forms?field_form_number_value=15-300&title=) e información sobre los recursos para necesidades inmediatas, lo que incluye la opción de solicitar y cobrar TANF hasta que se reciba el reembolso por cuidado de crianza. | | |
|  | Entregar una copia de la [publicación 0073 Cuidado de familiares: parientes y otras personas aptas](https://www.dcyf.wa.gov/publications-library?combine_1=CWP_0074&combine=&field_program_topic_2_value=All&field_languages_available_value=All) | | |
|  | Explicar y proporcionar información sobre:   1. Concesión de licencia inicial, 2. TANF y 3. Otros recursos | | |
|  | Explicar y proporcionar información sobre:   * Cobertura médica * [Oportunidades de capacitación](https://www.dcyf.wa.gov/services/foster-parenting/training) * Derecho a ser escuchado en audiencias judiciales [Informe del cuidador para el tribunal](https://www.dcyf.wa.gov/sites/default/files/forms/15-313.pdf) | | |
|  | Informar al cuidador acerca del Registro de Salud y Educación del Niño (CHET, por sus siglas en inglés) | | |
|  | Recomendar a los cuidadores que hagan lo siguiente:   * Programar un examen de Revisión Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) * Programar un examen dental (si el niño no lo ha recibido en los 6 meses anteriores) | | |
|  | Proporcionar al cuidador las cosas necesarias para satisfacer las necesidades inmediatas del niño. | | |
| **DESPUÉS DE LA COLOCACIÓN** | | | |
|  | Notificar a la NCIC si la colocación se llevó a cabo o no.   1. Si la colocación no se llevó a cabo, termina el proceso para este cuidador familiar. 2. Si la colocación se llevó a cabo, proporcionar al NCIC la información adicional necesaria que se encuentra al final de este formulario. | | |
|  | Cargar los siguientes formularios firmados en FamLink, en case work (Trabajo de caso), file upload (Carga de archivo), document (Documento):   1. Acuerdo de colocación DCYF 15-281, asígnele el nombre de archivo "Placement Agreement –XX-XX-XX” (fecha de la inspección).   Lista de comprobación de inspección de vivienda (pariente) DCYF 10-453. Asígnele el nombre de archivo: "Home Inspection - –XX-XX-XX” (fecha de la inspección). | | |
|  | Llenar el BAF y entregarlo a la BCU | | |
| Comentarios | | | |
| NOMBRE DEL TRABAJADOR DE COLOCACIÓN | | | FECHA DE REALIZACIÓN |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **Lista de verificación para colocación con un cuidador sin licencia**  **Unlicensed Caregiver Placement Checklist**  (RCW 74.15.020(2)(I-IV)  **Confidencial** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Instrucciones** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Esta información es necesaria para capturar la colocación en FamLink. Proporcione esta información al NCIC. * Si no se aprueba el código x, se envía una notificación por correo electrónico al trabajador social y este proceso termina. El trabajador social aún puede enviar solicitudes de investigación de antecedentes que no sean de emergencia. * Si el código X se aprueba, se notifica al trabajador social por teléfono y correo electrónico y se le hacen llegar los siguientes pasos. * **IMPORTANTE:** Si se llevará a cabo la colocación, capture el cuidado y facultades de colocación y el estatus legal. * Si se llevará a cabo la colocación, envíe la información de este formulario al NCIC, respondiendo directamente a este correo electrónico. * Si no se llevará a cabo la colocación, la siguiente información no será necesaria y el solicitante no tendrá que someterse a la investigación de huellas dactilares. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES DE LOS NIÑOS (Llenar uno por colocación; pueden incluirse varios niños en un documento). | | | | | | | | | | | | TIPO DE COLOCACIÓN  Familiar  Persona apta | | | | | | | FECHA DE COLOCACIÓN | | | |
| ¿La colocación se hará en las próximas 24 horas?  Sí  No | | Nombres de los niños que se colocarán juntos: | | | | | | | | | | N.° DE CASO | | | | | | | FECHA DE REMOCIÓN: | | | |
| Motivo de la remoción:  Maltrato físico  Abuso sexual  Abandono  Abuso del alcohol del cuidador  Abuso de drogas del cuidador  Abuso de alcohol del niño  Abuso de drogas del niño  Cuidado de crianza ampliado | | | (Marque todas las opciones que correspondan)  Vivienda inadecuada  Problema conductual del niño  Discapacidad del niño  Encarcelamiento del o los cuidadores  Muerte del o los cuidadores  Incapacidad de afrontamiento del cuidador  Desamparo  Entrega voluntaria (Ley de Seguridad de los Niños Recién Nacidos) | | | | | | | | Forma de remoción:  Orden judicial  Custodia física temporal  VPA  Otro | | | | | NÚM. DE FAMLINK | | | | | | REGIÓN/OFICINA |
| **Información del cuidador principal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Quién es el cuidador principal? Nombre completo | | | | | | | | | | Número del Seguro Social | | | | | | | | Afiliación tribal | | | | |
| Seudónimos del cuidador principal (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.) | | | | | | | | | | Dirección de correo electrónico: | | | | | | | | Número de teléfono (principal) | | | | |
| Fecha de nacimiento | | | | | Raza | | | | | Género M/F/X | | | | | | | | Estado civil  Soltero(a)  Casado(a) | | | Divorciado(a)  Otro: | |
| Dirección de la colocación | | | | | | | ¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años?  Sí  No  Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado. | | | | | | | | | | | | | | | |
| La relación del cuidador con el niño:  Materno  Paterno  Otro: | | | | | | | Dominio limitado del inglés:  Sí  No  Idioma principal: | | | | | | | | | | Verificar licencia de conducir o identificación estatal  Sí  No | | | | | |
| **Todas las demás personas de 16 años de edad o más que vivan en el hogar.**  (Use hojas adicionales si es necesario para otros miembros del hogar de 16 años o más) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre legal completo | | | | | | Seudónimos (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.) | | | | | | | | | Afiliación tribal | | | | | BAF completo  Sí  No | | |
| Fecha de nacimiento | Raza | | | | | Género M/F/X | | | Número del Seguro Social | | | | | Estado civil  Soltero(a)  Casado(a) | | | | | Divorciado(a)  Otro: | | | |
| Verificar licencia de conducir o identificación estatal  Sí  No | | | | Dirección de correo electrónico: | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | |
| La relación del cuidador con el niño:  Materna  Paterna  Otro: | | | | | | | | ¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años?  Sí  No  Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado. | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre legal completo | | | | | | Seudónimos (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.) | | | | | | | | | Afiliación tribal | | | | | BAF completo  Sí  No | | |
| Fecha de nacimiento | Raza | | | | | Género M/F/X | | | Número del Seguro Social | | | | | Estado civil  Soltero(a)  Casado(a) | | | | | Divorciado(a)  Otro: | | | |
| Verificar licencia de conducir o identificación estatal  Sí  No | | | | Dirección de correo electrónico: | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | |
| La relación del cuidador con el niño:  Materna  Paterna  Otro: | | | | | | | | ¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años?  Sí  No  Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado. | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre legal completo | | | | | | Seudónimos (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.) | | | | | | | | | Afiliación tribal | | | | | BAF completo  Sí  No | | |
| Fecha de nacimiento | Raza | | | | | Género M/F/X | | | Número del Seguro Social | | | | | Estado civil  Soltero(a)  Casado(a) | | | | | Divorciado(a)  Otro: | | | |
| Verificar licencia de conducir o identificación estatal  Sí  No | | | | Dirección de correo electrónico: | | | | | | | | | Número de teléfono | | | | | | | | | |
| La relación del cuidador con el niño:  Materna  Paterna  Otro: | | | | | | | | ¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años?  Sí  No  Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado. | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre legal completo | | | Seudónimos (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.) | | | | | Afiliación tribal | | BAF completo  Sí  No |
| Fecha de nacimiento | Raza | | Género M/F/X | | Número del Seguro Social | | Estado civil  Soltero(a)  Casado(a) | | Divorciado(a)  Otro: | |
| Verificar licencia de conducir o identificación estatal  Sí  No | | Dirección de correo electrónico: | | | | Número de teléfono | | | | |
| La relación del cuidador con el niño:  Materna  Paterna  Otro: | | | | ¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años?  Sí  No  Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado. | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿El cuidador u otra persona que reside en el hogar tiene algún comportamiento, trastorno o limitación que podría afectar la salud y la seguridad del niño?  Sí  No  Explique: | |
| Comentarios/Dudas que podrían afectar la idoneidad de la colocación: | |
| QUIÉN PROPORCIONÓ ESTA INFORMACIÓN:  Madre biológica  Padre biológico  Otro familiar:   Otra persona apropiada: | FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA** | | | | | | | | |
| **En el estado:** | NOMBRE DEL CONTACTO | | | | NOMBRE DEL CONDADO | | | |
| DIRECCIÓN | | | | CIUDAD | | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA | | NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO | NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR | | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | |
| **Fuera del estado:** | NOMBRE DEL CONTACTO | | | | NOMBRE DEL CONDADO | | | |
| DIRECCIÓN | | | | CIUDAD | | | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
| NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA | | NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO | NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR | | | DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO | | |
|  | | | | | | | | |