|  |  |
| --- | --- |
|  |  **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 [ ]  NoIdioma 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 [ ]  NoSi 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 [ ]  NoExplique:  |
| 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 |
|  |