

# Formas del Solicitante

Cómo completar varias formas necesarias para el proceso de evaluación para cuidar niños

# Todo que vale la pena toma tiempo

Siendo evaluado para el cuidado de los niños es lógicamente un proceso prolongado y profundo. Queremos conocerle y saber qué tipo de niño (s) usted está mejor capacitado para cuidar. Pero esperamos que esta presentación, explique algunas de las formas que usted necesitará completar en el proceso, y le ayudará a que este sea mas corto.

## **Solicitud para la Adopción de un Niño**

Esta forma es nuestra primera introducción – nuestra oportunidad de conocerle un poco. El formulario está diseñado para que pueda ser completado por un solicitante o dos solicitantes.

**Veamos**

## SOLICITUD PARA LA ADOPCIÓN DE UN NIÑO(A)

### I. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Hay otra sección igual para un co-solicitante

Por favor, dénos su nombre completo y legal

Apellido		Nombre		Nombre que usa en medio		Fecha de nacimiento	Sexo	Raza/Grupo étnico
Nombre de soltera		También conocido como (alias)				Lugar de nacimiento		
Número de licencia de manejar	Número de Seguro Social	Nivel de educación		Estado civil:				
Ocupación	Nombre y dirección del empleador	<input type="checkbox"/> Octavo grado <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria ( <i>high school</i> ) <input type="checkbox"/> Graduado de GED (equivalente a <i>high school</i> ) <input type="checkbox"/> Graduado de escuela técnica/vocacional <input type="checkbox"/> Graduado de colegio universitario de dos años <input type="checkbox"/> Graduado de colegio universitario de cuatro años <input type="checkbox"/> Graduado de posgrado		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Relación doméstica <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado				
Número de teléfono en el trabajo	Número de teléfono celular	Ingresos anuales: \$		<input type="checkbox"/> Ingresos ganados <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> SSI*/Seguro Social <input type="checkbox"/> Pagos de mantenimiento <input type="checkbox"/> Otros ingresos: \$				
Dirección de correo electrónico (email)								

Esta área es de un solicitante o co-solicitantes

### DIRECCIONES DE LOS SOLICITANTES

Dirección del hogar	Ciudad	Condado	Código postal	Número de teléfono del hogar ( )
Dirección postal	Ciudad	Condado	Código postal	

Esta parte trata el matrimonio/relación doméstica actual y la historia matrimonial de cada solicitante

### II. HISTORIAL DEL ESTADO CIVIL

Fecha del matrimonio actual/relación doméstica actual	Lugar del matrimonio/relación doméstica (ciudad y estado)	<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Relación doméstica	
Matrimonios previos	Nombre de los cónyuges previos	Fecha y lugar del matrimonio	Fecha y lugar del divorcio	Fecha y lugar del fallecimiento
Solicitante 1				
Solicitante 2				

Esta parte trata la historia criminal de cada solicitante

### III. ANTECEDENTES PENALES

Solicitante 1

Solicitante 2

A. ¿Alguna vez ha sido arrestado(a) por una ofensa que no sea una infracción menor de las reglas del tráfico?

Sí  No

Sí  No

B. ¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en California?  
Usted no tiene que revelar ninguna ofensa relacionada a la marihuana, la cual esté cubierta bajo la reforma en la legislación codificada en las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad.

Sí  No

Sí  No

C. ¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en otro estado, la corte federal, el servicio militar, o una jurisdicción fuera de los Estados Unidos?

Sí  No

Sí  No

Las condenas criminales de otro estado o de la corte federal se consideran igual que las condenas criminales en California.

D. ¿Alguna vez ha sido reportado(a) a una oficina de servicios para la protección de niños o a una oficina encargada del orden público por una alegación de abuso, descuido, o abandono de un niño?

Sí  No

Sí  No

E. Anote otros estados donde ha vivido durante los últimos cinco años.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**V. OTRAS PERSONAS EN EL HOGAR  
ADULTO(S) Y/O MENOR(ES)**

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Parentesco/relación con el solicitante(s)
-----------------	---------------------	---

Por favor, dénos los nombres completos y legales de cada persona en su hogar


¿Ha sido, o su co solicitante, padre de crianza antes? Cuéntenos su historia.

--	--	--

**VI. HISTORIAL DE CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL/ADOPCIÓN**

- ¿Tiene usted una licencia para proporcionar cuidado de crianza temporal?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", marque uno:  Condado  Estado/CCL
- ¿Está usted certificado por una agencia para familias de crianza temporal (FFA)?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_
- ¿En el pasado, tuvo usted una licencia o estuvo certificado para proporcionar cuidado de crianza temporal?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_
- ¿En el pasado, usted ha solicitado una adopción?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_

### VII. EL NIÑO QUE USTED DESEA

SI ACASO SE HA IDENTIFICADO A UN NIÑO :

¿Vive actualmente el niño en el hogar?  Sí  No

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Condado encargado	Fecha de colocación o futura fecha de colocación	Parentesco o relación con el solicitante(s)	Educación (Nombre y dirección de la escuela y el grado)

Si ya conoce(n) el/ los niño(s) específicos que quiere(n) cuidar, por favor, llene(n) esta sección.

SI NO SE HA IDENTIFICADO A UN NIÑO, POR FAVOR INDIQUE CUÁLES SON SUS PREFERENCIAS:

Edad o edades	Sexo	Grupo étnico	Hermano(a) (Grupo de)	Marque todas las condiciones que usted está dispuesto a aceptar	
<input type="checkbox"/> 0 a 3 años	<input type="checkbox"/> Masculino solamente	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Historial de abuso o negligencia física	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje
<input type="checkbox"/> 4 a 8 años				<input type="checkbox"/> Historial de abuso sexual	<input type="checkbox"/> Expuesto al alcohol/drogas
<input type="checkbox"/> 9 a 12 años	<input type="checkbox"/> Femenino solamente	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Historial de enfermedad mental	<input type="checkbox"/> Comportamiento contrario o desafiante
<input type="checkbox"/> 13 a 15 años				<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Antecedentes desfavorables de los padres
<input type="checkbox"/> 16 a 18 años				<input type="checkbox"/> 5 o más	<input type="checkbox"/> Medicamento frágil
	<input type="checkbox"/> No tengo preferencia	<input type="checkbox"/> Indio (Indígena)			

Si todavía no conoce(n) el/los niño(s) específicos; ¿Prefiere(n) a un niño o una niña o los dos o los gemelos? ¿Qué edad? Dénos una idea sobre el tipo de niño(s) que cree(n) que le/les gustaría(n) cuidar.

Estos deben ser personas que le/les conoce(n) bien. Recuerde que, por lo menos, 2 de ellos no deben de ser parientes con usted(es).

### VIII. REFERENCIAS

Por favor anote el nombre y la dirección de cuatro personas que tienen conocimiento del ambiente en el hogar de usted y que conocen su estilo de vida y su capacidad para ser un padre/madre adoptivo. Por lo menos dos de estas personas no pueden tener ningún parentesco con usted.

Nombre	Número de teléfono	Dirección para el correo/Ciudad/Estado/Código postal

Instrucciones para llegar a su hogar:

# ¿Ve lo fácil qué fue?

Ahora que sabemos un poco de información general sobre usted(es) y los menores que desea(n) cuidar, vamos a agregar mas detalles para hacer una imagen más completa.

Utilizamos un formato de análisis estructurado para nuestro proceso de evaluación de la familia que se llama S.A.F.E.. Cada solicitante sé le pedirá completar el Cuestionario 1 de S.A.F.E.

**Veamos**

# SAFE Cuestionario

Este cuestionario está diseñado para ayudarnos a entender más acerca de lo que le pasó en su vida que le ayudó a ser la persona que es ahora. Por favor responda lo mas completo que sea posible.

## INSTRUCCIONES

- Por favor conteste las siguientes preguntas si le aplican a usted.
- Marque todas las casillas que le apliquen a usted. La mayoría de las preguntas tienen mas de una respuesta.

Escriba su nombre aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### 1. Con quien se crió usted?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Madre y Padre     | <input type="checkbox"/> Padrastro          | <input type="checkbox"/> Hermanos(as) Mayores       |
| <input type="checkbox"/> Padre             | <input type="checkbox"/> Abuelo(s) Maternos | <input type="checkbox"/> Padre(s) Adoptivos         |
| <input type="checkbox"/> Madre             | <input type="checkbox"/> Abuelo(s) Paternos | <input type="checkbox"/> Padres de Cuidado Temporal |
| <input type="checkbox"/> Madre y Padrastro | <input type="checkbox"/> Tía(s) o Tío(s)    | <input type="checkbox"/> Encargado Institucional    |
| <input type="checkbox"/> Padre y Madrastra | <input type="checkbox"/> Madre/Madre        | <input type="checkbox"/> Apoderado Legal            |
| <input type="checkbox"/> Madrastra         | <input type="checkbox"/> Padre/Padre        | <input type="checkbox"/> Otros:                     |

### 2. Estuvo usted separado(a) de su padre o madre durante su niñez por alguna de las siguientes razones?

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No separaciones            | <input type="checkbox"/> Abandonado por sus padres          | <input type="checkbox"/> Removido de su casa por la policía o el servicio social |
| <input type="checkbox"/> Padres Separados           | <input type="checkbox"/> Padre(s) con hospitalización larga | <input type="checkbox"/> Otros:  |
| <input type="checkbox"/> Padres Divorciados         | <input type="checkbox"/> Padre(s) en las fuerzas armadas    |  |
| <input type="checkbox"/> Muerte de un Padre o Madre | <input type="checkbox"/> Padres en Prisión                  |  |

### 3. A que edad se muda usted del hogar de sus padres o del hogar de la persona(as) encargada(s) de usted?

**17.** Marque las casillas que mejor describan las actitudes de sus padres o personas encargadas de usted acerca de la sexualidad cuando usted era niño(a):

Madre o persona encargada de usted

Padre o persona encargado de usted

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Desconocidas              | <input type="checkbox"/> Incomoda al discutirlo  | <input type="checkbox"/> Desconocidas            | <input type="checkbox"/> Incomodo al discutirlo  |
| <input type="checkbox"/> Abierta a la sexualidad   | <input type="checkbox"/> El sexo era pecado      | <input type="checkbox"/> Abierto a la sexualidad | <input type="checkbox"/> El sexo era pecado      |
| <input type="checkbox"/> Cómoda al discutirlo      | <input type="checkbox"/> Actitud sexual liberal  | <input type="checkbox"/> Cómodo al discutirlo    | <input type="checkbox"/> Actitud sexual liberal  |
| <input type="checkbox"/> Anticuada                 | <input type="checkbox"/> Actitudes conservadoras | <input type="checkbox"/> Anticuado               | <input type="checkbox"/> Actitudes conservadoras |
| <input type="checkbox"/> Nunca hablo de sexo       | <input type="checkbox"/> Sexualmente reprimida   | <input type="checkbox"/> Nunca hablo de sexo     | <input type="checkbox"/> Sexualmente reprimido   |
| <input type="checkbox"/> No-sexo antes de casarse  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Condenaba al homosexual   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Apoyo la educación sexual |  |  |  |

Algunas preguntas pueden parecer irrelevantes, pero todas nos ayuda a tener una mejor idea de cómo llego a ser la persona que es usted ahora y cuales menores podrían ser los que mejor se adapten con usted(es).

**18.** Marque las casillas que mejor lo describan cuando usted era niño(a) (pre-adolescente):

- |  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Feliz         | <input type="checkbox"/> Torpe          | <input type="checkbox"/> Responsable            | <input type="checkbox"/> Rebelde         | <input type="checkbox"/> Tímido(a)      |
| <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> Seguro(a)      | <input type="checkbox"/> Triste                 | <input type="checkbox"/> Desobediente    | <input type="checkbox"/> Curioso(a)     |
| <input type="checkbox"/> Porfiado(a)   | <input type="checkbox"/> Amistoso(a)    | <input type="checkbox"/> Irresponsable          | <input type="checkbox"/> Extrovertido(a) | <input type="checkbox"/> Complaciente   |
| <input type="checkbox"/> Infeliz       | <input type="checkbox"/> Calmado(a)     | <input type="checkbox"/> Ansioso(a)/Nervioso(a) | <input type="checkbox"/> Enfermizo(a)    | <input type="checkbox"/> Considerado(a) |
| <input type="checkbox"/> Agresivo(a)   | <input type="checkbox"/> Serio(a)       | <input type="checkbox"/> Activo(a)              | <input type="checkbox"/> Inseguro(a)     | <input type="checkbox"/> Callado(a)     |
| <input type="checkbox"/> Temeroso(a)   | <input type="checkbox"/> Hiperactivo(a) | <input type="checkbox"/> Gracioso(a)            | <input type="checkbox"/> Obediente       | <input type="checkbox"/> Otros:         |

**19.** Marque las casillas que mejor describan como era usted en su adolescencia:

- |                                |                                |                                      |                                  |                                    |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Torpe | <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Rebelde | <input type="checkbox"/> Tímido(a) |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|

## **Recursos Financieros Actuales**

Este formulario nos ayudará a entender cómo se mantiene y los recursos que le ayudará a apoyar un nuevo miembro de su familia.

**RECURSOS FINANCIEROS ACTUALES**

Regrese a:  , CSW  
 Dirección   
 Dirección

(Las cuentas bancarias grandes, las altas ganancias, y la propiedad casera no son esenciales)

**INGRESO DE CADA RECURSO**

INGRESO TOTAL COMÚN (según la devolución de impuesto sobre la renta del año anterior):

Si Usted tiene negocio propio, adjunte la declaración del contador sobre pérdidas y ganancias de los seis meses anteriores o la declaración de impuestos sobre la renta del año anterior.

Si recibe ingreso de empleo: .....Ingreso neto al mes del solicitante #1:   
 .....Ingreso neto al mes del solicitante #2:

OTROS INGRESOS—Fuentes: (rentas, remuneración de veteranos etc.)	Duración Probable	Cantidad Mensual
--	-------------------	------------------

Si está usted desempleado, háganos saber y también si usted está recibiendo beneficios de desempleo

**RECURSOS**

**PROPIEDADES:**

Tipo	Precio De Compra	Balance	Ganancia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**CUENTAS BANCARIAS**

Nombre y Dirección		Balance
<b>Cheques:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Díganos adonde van la mayor parte de sus recursos cada mes. Usted puede usar papel adicional si necesita darnos una mejor idea de su situación financiera.

### GASTOS MAYORES

(incluya el pago de hipoteca o la instalación de renta y los pagos de la ayuda de niño)

Naturaleza del pago	Cantidad Mensual	Balance

Si la respuesta es "Sí" a una bancarrota anterior, no significa necesariamente que no puede ser aprobado para cuidar a los niños.

Ha usted solicitado bancarrota?  Si  No

Son Ustededs padres de crianza?  Yes  No

Si son, cuanto recibe \_\_\_\_\_

Número de las personas apoyadas, incluyendo uno mismo \_\_\_\_\_

Numero(s) de Seguridad Social

Solicitante #1: \_\_\_\_\_

Solicitante #2: \_\_\_\_\_

Certifico (o declaro conforme al perjurio que lo anterior es verdadero y correcto:

Ejecutado en: \_\_\_\_\_, California en \_\_\_\_\_

Fecha

Firma de Solicitante: > \_\_\_\_\_

Firma de Solicitante: > \_\_\_\_\_

Ponga(n) los Números de Seguro Social de cada solicitante aquí

## **Verificación de Empleo**

Este formulario es para aquellos que son empleados; en su mayor parte, se completa por su empleador. Si es por cuenta propia o desempleados, no tiene que completar este formulario pero necesitará dar sus impuestos del año pasado en su lugar.

Esta forma es fácil de llenar que sólo tiene que poner su nombre y firma. Luego lo se da a su empleador con sobre de devolución de su trabajador/a social y, cuando lo llena, lo envía a su trabajador/a social. Fácil!

COUNTY OF LOS ANGELES

DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES

### EMPLOYMENT VERIFICATION



I, \_\_\_\_\_, am being considered by the COUNTY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES (DCFS) as a possible adoptive parent of a Child. I hereby authorize you to provide DCFS with information concerning my employment.

\_\_\_\_\_  
Signature of Adoptive Applicant (employee)

### VERIFICACION DE EMPLEO

Yo \_\_\_\_\_, estoy siendo considerado como un posible padre adoptivo de un niño por el CONDADO DE LOS ANGELES, DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS, (DSNF). Por medio de está autorizo que se le provea a DCFS información tocante a mi empleo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante Adoptivo (empleado)

-----  
Name and address of business or company

\_\_\_\_\_  
Position Title: \_\_\_\_\_

## **Tabla de Parientes**

Este formulario es simple también en que cada solicitante lista los miembros de su familia. Sabiendo quien esta en su familia nos ayuda a entender su dinámica familiar y quien podría ser un recurso para usted(es) y/o su(s) hijos.

## LISTA DE PARIENTES DE LOS PADRES ADOPTIVOS

SOLICITANTE #1

SOLICITANTE #2:

PARIENTES de:

SOLICITANTE #1	Nombre	Apellido	Número de Teléfono	Dirección	Código Postal	Estado Civil	Edad
Padre	<input type="text"/>						
Madre	<input type="text"/>						
Hermanos	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>						
Hermanas	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>						

Hay otra sección así para un co-solicitante

# ABCDM 228

¿Podría sonar más como Sopa de Letras? En realidad, esta es una forma muy importante llamada

## **Autorización del Solicitante para Dar Información**

Estas formas son enviadas a otras personas y agencias, como doctores y consejeras para obtener información de ellos sobre usted y el formulario firmado les permite saber que tenemos su permiso para pedirles la información.

Puede ser que necesite completar más de una de estas formas de dar información durante el proceso de evaluación.

**AUTORIZACION DEL SOLICITANTE PARA DAR INFORMACION**

(DEPENDENCIA/AGENCIA O PERSONA A QUIEN SE LE PIDE LA INFORMACION)

A: \_\_\_\_\_

1. YO, \_\_\_\_\_, CON DOMICILIO EN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, POR MEDIO DE LA PRESENTE LES AUTORIZO PARA QUE LE DEN A

\_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA DEPENDENCIA/AGENCIA, INSTITUCION, O PROVEEDOR PARTICULAR)

LA INFORMACION ESPECIFICA QUE ESTA DEPENDENCIA/AGENCIA PIDIO Y QUE YO NO PUEDO PROPORCIONAR EN RELACION A \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cada solicitante tendrá que completar sus propias formas porque cada formulario necesita la firma de la persona concediendo el permiso.

ESTE FORMULARIO SE LL

FIRMA DEL SOLICITANTE		FECHA
LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE
FIRMA O NOMBRE DEL/DE LA ESPOSO(A)		FECHA
LUGAR DE NACIMIENTO DEL/DE LA ESPOSO(A)	FECHA DE NACIMIENTO DEL/DE LA ESPOSO(A)	NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE DEL/DE LA ESPOSO(A)

# Eso es todo con los formularios

Eso es para llenar los formularios que debe(n) llenar solo(s)

Lo demás del proceso de evaluación es un esfuerzo total de equipo. Usted y su trabajador/a social navegarán el camino por recorrer de un lado al otro.

**¡ Disfrute el viaje!**