



**DEPARTAMENTO DE NIÑOS, JÓVENES Y FAMILIAS DE RHODE ISLAND  
SOLICITUD PARA NUEVOS CUIDADOS DE CRIANZA Y LICENCIA DE ADOPCIÓN**

*Por favor escriba a máquina o en letra de molde. Si necesita más espacio para dar respuestas completas, por favor añada páginas adicionales.*

1. ¿Qué tipo de licencia está solicitando? Por favor, indique una de las siguientes:

- Licencia para cuidar a (un) menor(es) específico(s) (cuidado por parientes)
- Cuidados de crianza en general y licencia de adopción (cuidado de crianza temporal)

Si está solicitando una licencia para cuidar a (un) menor(es) específico(s): Por favor, indique el(los) nombre(s) del (los) menor(es) a quien(es) ya le(s) está proveyendo cuidado de crianza o a quien(es) le gustaría proveer cuidado de crianza

Nombre: _____	Nació: _____
Nombre: _____	Nació: _____
Nombre: _____	Nació: _____
Nombre: _____	Nació: _____

¿Cuál es la relación que tiene con el(los) menor(es) indicado(s) anteriormente? \_\_\_\_\_

2. Solicitante 1:

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido de soltera(o)
_____	_____	_____	_____
Género	Raza	Hispano – S/N	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
¿Ciudadano de EEUU o residente permanente? – S/N Si “no,” indique cuál es su estatus migratorio			
_____			

Por favor, indique todos los otros nombres o alias que haya usado. Si ninguno, escriba “ninguno.”

3. Solicitante 2:

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido de soltera(o)
_____	_____	_____	_____
Genero	Raza	Hispano – S/N	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	_____
¿Ciudadano de EEUU o residente permanente? – S/N Si “no,” indique cuál es su estatus migratorio			
_____			

Por favor, indique todos los otros nombres o alias que haya usado. Si ninguno, escriba “ninguno.”

4. Dirección

Número, calle, Apto.	Ciudad o Pueblo	Código postal
_____	_____	_____

5. Teléfono en casa:

Solicitante 1

Solicitante 2

_____			
	Celular	_____	Celular
	Trabajo	_____	Trabajo
	Correo		Correo
	electrónico	_____	electrónico

¿Podemos llamarle al trabajo? Solicitante 1:  Sí  No Solicitante 2:  Sí  No

¿Cuál es su numero de contacto preferido ? \_\_\_\_\_

6. Por favor indique dónde ha vivido en los últimos 5 años: ciudad/pueblo y estado, e incluya las fechas:

Solicitante 1

Solicitante 2

Lugar	Fechas (Mes/Año-Mes/Año)	Lugar	Fechas (Mes/Año-Mes/Año)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

7. Por favor provea la siguiente información respecto a TODOS sus hijos, sean propios, hijastros o adoptados, sin importar las edades, y el lugar en donde viven actualmente.

Apellido

Primer nombre

Fecha de nacimiento

¿Con usted? S/N

¿Adoptado? S/N

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

8. Por favor indique todas las personas que viven en su hogar:

Apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Fecha de nacimiento

Relación

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

9. ¿Qué idiomas se hablan en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Puede leer y entender inglés? Solicitante 1:  Sí  No Solicitante 2:  Sí  No

¿Necesita un intérprete?  No  Sí (si es "sí", en qué idioma(s) y cuál solicitante(s)): \_\_\_\_\_

10. Por favor provea la siguiente información con respecto a su empleo actual o el más reciente:

*Solicitante 1:*

<u>Empresa</u>	<u>Dirección</u>	<u>Comenzó/Terminó</u>	<u>Posición</u>	<u>Días/Horas de trabajo</u>
----------------	------------------	------------------------	-----------------	------------------------------

*Solicitante 2:*

<u>Empresa</u>	<u>Dirección</u>	<u>Comenzó/Terminó</u>	<u>Posición</u>	<u>Días/Horas de trabajo</u>
----------------	------------------	------------------------	-----------------	------------------------------

11. ¿Tiene alguna otra fuente de ingresos?  Sí  No Si es "sí," por favor explique:

12. ¿Usted, su pareja, su(s) hijo(s) u otro miembro de su hogar alguna vez ha(n) sido investigado por Servicios de Protección a Menores en Rhode Island o en alguna otra jurisdicción de los EE.UU. o en algún otro país?

Sí  No Si es "sí," por favor explique:

15. ¿Ha tenido usted o su pareja a alguno de sus hijos colocados en otro hogar por esa agencia o por un estado, o por otro país?  Sí  No Si es "sí," por favor explique:

16. ¿Alguna vez ha recibido usted, su pareja, sus hijos o algún miembro de su hogar servicios de una agencia de beneficencia pública (como el DCYF), Detención de Jóvenes/Correccional (como la Correccional de Rhode Island), o Libertad Condicional de Jóvenes en Rhode Island o en alguna otra jurisdicción en los EE.UU. o en el extranjero?

Sí  No Si es "sí," por favor explique:

---

---

---

17. ¿Ha usted o su pareja alguna vez ha tenido licencia para una guardería, para proveer cuidados de crianza, o cuidados de adopción en algún estado o país, o ha solicitado antes dicho tipo de licencia?  Sí  No  
Si es "sí," por favor explique:

---

---

---

18. ¿Ha sido usted, su pareja, su(s) hijo(s) o algún miembro de su familia arrestado alguna vez, o acusado por la policía o alguna agencia del orden público, o ha sido enjuiciado, acusado formalmente o condenado por un delito en algún estado o país?  Sí  No Si es "sí," por favor explique:

---

---

---

---

---

19. ¿Tiene usted o su pareja antecedentes de enfermedades físicas o mentales o dolencias que pudieran afectar su capacidad para criar un menor que pudiera representar un reto físico, emocional o de comportamiento?  Sí  No Si es "sí," por favor explique:

---

---

---

---

## REFERENCIAS

20. A continuación indique todos los médicos, consejeros, psicólogos, psicoterapeutas y otros profesionales de cuidados de la salud que proveen servicios a usted y/o a miembros de su familia que residen en su hogar:

<u>Nombre del proveedor</u>	<u>Dirección del consultorio</u>	<u>Nombre del familiar</u>	<u>¿Primario o especialista?</u>
-----------------------------	----------------------------------	----------------------------	----------------------------------

---

---

---

---

---

21. Referencias Personales:

Por favor indique cuatro (4) personas que le conozcan por lo menos por dos años y que puedan comentar sobre el estilo de vida y valores de su familia. Por favor, avíseles que usted dará sus nombres como referencia y que recibirán una carta de DCYF solicitando una respuesta de referencia personal. Por favor pídale que envíen sus respuestas a DCYF tan pronto como sea posible para ayudar a evitar retrasos en el proceso de su solicitud.

	<u>Nombre completo</u>	<u>Dirección completa, incluyendo el código postal</u>
<i>No es pariente</i> 1	_____	_____
<i>No es pariente</i> 2	_____	_____
<i>Pariente</i> 3	_____	_____
<i>Uno u otro</i> 4	_____	_____

**VIVIENDA Y FACTORES DE SEGURIDAD**

22. ¿Cuál es su situación de vivienda?

Alquila  Dueño  Otro (Por favor, explique): \_\_\_\_\_

23. ¿Cuántos cuartos hay en su hogar? \_\_\_\_\_

24. ¿Cuántos dormitorios? \_\_\_\_\_

25. ¿Cuántas mascotas hay en su hogar? \_\_\_\_\_

<u>Nombre y tipo de mascota</u>	<u>La mascota, está registrada(o) con su municipalidad (Sí/No)</u>	<u>¿Está al día con la vacuna de la rabia? (Sí/No)</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**PROCESO DE SELECCIÓN**

26. ¿Por qué está interesado en ser padre de crianza o padre adoptivo? No hay respuesta correcta ni incorrecta.

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

27. ¿Qué le hizo tomar los pasos concretos para solicitar ser padre de crianza o padre adoptivo? Marque todos los que aplican:

- Asistió a una sesión de información patrocinada por (nombre de la organización): \_\_\_\_\_
- Habló con un padre de crianza o adoptivo (nombre del padre): \_\_\_\_\_
- Historia en las noticias     Afiche o volante     Cartelera
- Anuncio en la TV/Radio     Sitio en la red: \_\_\_\_\_
- Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

**FIRMA(S)**

*Por favor, lea la declaración siguiente y firme su solicitud a mano si la va a presentar por correo o facsímil. Si la va a presentar electrónicamente sin primero imprimirla, por favor escriba su nombre completo y marque la casilla que está al lado.*

Yo/Nosotros, el/los suscrito(s), declaro(amos) que la información contenida en esta solicitud es completa y verdadera. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que toda representación falsa en esta solicitud podría ser causa para que se niegue la licencia que solicito(amos) o para una revocación inmediata de cualquier licencia que pudiera haber sido emitida. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que todos los miembros de mi/nuestro hogar deberán recibir autorización por parte del Oficina de Identificación de Delincuentes y/o de las autoridades del orden público locales y el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias. Entendemos que una firma electrónica tiene la misma validez legal y puede ser considerada de la misma manera que una firma escrita con tinta.

Al marcar esta casilla y escribir mi nombre a continuación, estoy firmando mi solicitud electrónicamente.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

Al marcar esta casilla y escribir mi nombre a continuación, estoy firmando mi solicitud electrónicamente

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Devolver la solicitud completada:**

**The Groden Center, PFLA**

**610 Manton Avenue, 3<sup>rd</sup> floor**

**Providence, RI 02909**

**Atencion: Andrea Neri**

**FAX: Atencion: of Andrea Neri, 401-421-2152**