



Solicitud de estudio del hogar o reevaluación

Home Study or Reassessment Application

Agencia de colocación de niños (si corresponde): _____

TIPO DE SOLICITUD (Elija una)

- Licencia de cuidado de crianza (con o sin adopción) Licencia de cuidado de familiares (con o sin adopción)
 Cuidado de familiares (con o sin adopción) Solo adopción sin licencia
 Licencia provisional expedita de cuidado de crianza (debe haber tenido licencia en los últimos 5 años)
 Licencia provisional expedita de cuidado de familiares (debe haber tenido licencia en los últimos 5 años)
 Renovación de licencia de cuidado de crianza Renovación de licencia de cuidado de familiares
 Actualización del estudio del hogar
 Licencia de cuidado de crianza - cambio de dirección Licencia de cuidado de familiares - cambio de dirección

Dirección del hogar			
CALLE Y NÚMERO	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL)	CONDADO
, WA			
NÚMERO DE TELÉFONO FIJO O DE TELÉFONO CELULAR DEDICADO DEL HOGAR (SI CORRESPONDE)			
FECHA DE LA PRIMERA NOCHE PASADA EN EL NUEVO HOGAR (la fecha es para hacer seguimiento a un cambio de dirección y no puede ser una fecha futura)			

Solicitante A – escriba con letra de molde su nombre como aparece en su identificación con fotografía emitida por el gobierno.			
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO	SUFIJO
NOMBRE PREFERIDO (SI CORRESPONDE)	SEGUNDO NOMBRE PREFERIDO (SI CORRESPONDE)	APELLIDO PREFERIDO (SI CORRESPONDE)	SUFIJO PREFERIDO (SI CORRESPONDE)
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	MODO DE CONTACTO PREFERIDO <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensajes de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal
IDIOMA PRINCIPAL	¿PUEDE COMUNICARSE CON UN NIÑO EN OTROS IDIOMAS? ESCRÍBALOS.	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> Persona que está separada <input type="checkbox"/> Parte de una pareja no casada (que solicitan cuidar niños juntos) <input type="checkbox"/> Parte de una pareja casada		
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DEL HOGAR)	CALLE Y NÚMERO	CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL)
¿Cuál es su identidad de género?	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X		
¿Cuáles son sus pronombres? (marque todos los que correspondan)	<input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> ellos <input type="checkbox"/> otro:		

<p>¿Cuál de estas opciones describe mejor su raza?</p> <p>Reconocemos respetuosamente que las opciones podrían no ser 100% inclusivas.</p> <p>Marque todas las que correspondan.</p>	<p><input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo a Centroamérica) y que mantiene una afiliación tribal o vínculos con la comunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, a Camboya, China, la India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.</p> <p><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los grupos raciales negros de África.</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o el norte de África.</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido – No conozco mi raza, o al menos una raza.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro – Mi raza no se menciona abajo. Mi raza es _____.</p> <p><input type="checkbox"/> Negativa a contestar esta pregunta – Me niego a contestar esta pregunta.</p>
<p>¿Se identifica como hispano o latino?</p>	<p>Hispano/Latino – Una persona que se autoidentifica como cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, sin importar su raza.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido</p> <p><input type="checkbox"/> Negativa a contestar esta pregunta – Me niego a contestar esta pregunta.</p>
<p>¿Es miembro o es elegible para ser miembro de una tribu reconocida federalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí (escribir una tribu)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p>Escriba las tribus adicionales</p>
<p>¿Alguna vez...</p>	<p><input type="checkbox"/> le han denegado una licencia para cuidar a niños o adultos?</p> <p><input type="checkbox"/> le han suspendido o revocado una licencia para cuidar a niños o adultos?</p> <p><input type="checkbox"/> ha solicitado una licencia para su hogar (cuidado de crianza, cuidado de niños o familiar para adultos)?</p> <p><input type="checkbox"/> ha solicitado adoptar a un niño?</p> <p>Si seleccionó alguna de las opciones anteriores, explique:</p>
<p>El Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) del estado de Washington no discriminará a personas calificadas con discapacidades debido a su discapacidad en sus servicios, programas o actividades.</p>	<p>¿Necesita adaptaciones (modificaciones o ajustes a una política o servicio que permitan que una persona con una discapacidad tenga acceso equitativo) relacionadas con una discapacidad?</p> <p><input type="checkbox"/> No en este momento.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí. (Describa sus necesidades e identifique las adaptaciones, los apoyos auxiliares y los servicios que necesita).</p> <p>* Si tiene preguntas acerca de las adaptaciones, modificaciones u otros asuntos relacionados con las obligaciones de la DCYF de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, comuníquese a dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov</p>

Si hay un segundo solicitante, llene esta sección. No es necesario que tenga dos solicitantes.

Solicitante B – escriba con letra de molde su nombre como aparece en su identificación con fotografía emitida por el gobierno.			
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO	SUFIJO
NOMBRE PREFERIDO (SI CORRESPONDE)	SEGUNDO NOMBRE PREFERIDO (SI CORRESPONDE)	APELLIDO PREFERIDO (SI CORRESPONDE)	SUFIJO PREFERIDO (SI CORRESPONDE)
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	MODO DE CONTACTO PREFERIDO <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensajes de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal
IDIOMA PRINCIPAL	¿PUEDE COMUNICARSE CON UN NIÑO EN OTROS IDIOMAS? ESCRÍBALOS.		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Persona soltera <input type="checkbox"/> Persona que está separada <input type="checkbox"/> Parte de una pareja no casada (que solicitan cuidar niños juntos) <input type="checkbox"/> Parte de una pareja casada		
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DEL HOGAR)	CALLE Y NÚMERO	CIUDAD/ESTADO	CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL)
¿Cuál es su identidad de género?	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X		
¿Cuáles son sus pronombres? (marque todos los que correspondan)	<input type="checkbox"/> ella <input type="checkbox"/> él <input type="checkbox"/> ellos <input type="checkbox"/> otro:		
¿Cuál de estas opciones describe mejor su raza? Reconocemos respetuosamente que las opciones podrían no ser 100% inclusivas. Marque todas las que correspondan.	<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo a Centroamérica) y que mantiene una afiliación tribal o vínculos con la comunidad. <input type="checkbox"/> Asiático – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, a Camboya, China, la India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los grupos raciales negros de África. <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico. <input type="checkbox"/> Blanco – Una persona que tiene su origen en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el Medio Oriente o el norte de África. <input type="checkbox"/> Desconocido – No conozco mi raza, o al menos una raza. <input type="checkbox"/> Otro – Mi raza no se menciona abajo. Mi raza es . <input type="checkbox"/> Negativa a contestar esta pregunta – Me niego a contestar esta pregunta.		
¿Se identifica como hispano o latino?	Hispano/Latino – Una persona que se autoidentifica como cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, sin importar su raza. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Negativa a contestar esta pregunta – Me niego a contestar esta pregunta.		

¿Es miembro o es elegible para ser miembro de una tribu reconocida federalmente?	<input type="checkbox"/> Sí (escribir una tribu) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro Escriba las tribus adicionales
¿Alguna vez...	<input type="checkbox"/> le han denegado una licencia para cuidar a niños o adultos? <input type="checkbox"/> le han suspendido o revocado una licencia para cuidar a niños o adultos? <input type="checkbox"/> ha solicitado una licencia para su hogar (cuidado de crianza, cuidado de niños o familiar para adultos)? <input type="checkbox"/> ha solicitado adoptar a un niño? Si seleccionó alguna de las opciones anteriores, explique:
El Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF) del estado de Washington no discriminará a personas cualificadas con discapacidades debido a su discapacidad en sus servicios, programas o actividades.	¿Necesita adaptaciones (modificaciones o ajustes a una política o servicio que permitan que una persona con una discapacidad tenga acceso equitativo) relacionadas con una discapacidad? <input type="checkbox"/> No en este momento. <input type="checkbox"/> Sí. (Describa sus necesidades e identifique las adaptaciones, los apoyos auxiliares y los servicios que necesita). * Si tiene preguntas acerca de las adaptaciones, modificaciones u otros asuntos relacionados con las obligaciones de la DCYF de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, comuníquese a dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov

¿Hay adultos, además de los solicitantes antes descritos, en la vivienda o *viviendo en el inmueble*? *Un miembro adulto del hogar es cualquier persona de 18 años de edad o más que tiene la misma dirección, a tiempo completo o parcial. Para ver la definición de inmueble, consulte WAC 110-148-1305.* Sí No

Si contestó que sí, escriba la información a continuación.

Miembro adulto del hogar 1				
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO
RELACIÓN CON USTED <input type="checkbox"/> Hijo del solicitante/los solicitantes <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	
Miembro adulto del hogar 2				
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO
RELACIÓN CON USTED <input type="checkbox"/> Hijo del solicitante/los solicitantes <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	
Miembro adulto del hogar 3				
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO
RELACIÓN CON USTED <input type="checkbox"/> Hijo del solicitante/los solicitantes <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	

Si hay más miembros adultos en el hogar, adjunte una hoja de papel adicional.

¿Hay niños en su hogar, o viviendo en el inmueble? Un miembro menor de edad del hogar es cualquier persona de 17 años de menos que tiene la misma dirección, a tiempo completo o parcial (por ejemplo, que vive parte del tiempo en la residencia debido a un acuerdo de custodia). Para ver la definición de inmueble, consulte [WAC 110-148-1305](#). Sí No

Si contestó que sí, escriba la información a continuación.

Miembro menor de edad del hogar 1				
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO
RELACIÓN CON USTED <input type="checkbox"/> Hijo del solicitante/los solicitantes <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	

Miembro menor de edad del hogar 2				
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO
RELACIÓN CON USTED <input type="checkbox"/> Hijo del solicitante/los solicitantes <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	

Miembro menor de edad del hogar 3				
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO	SUFIJO	FECHA DE NACIMIENTO
RELACIÓN CON USTED <input type="checkbox"/> Hijo del solicitante/los solicitantes <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> No familiar		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	

Si tiene menores de edad adicionales en su inmueble, adjunte otra hoja de papel.

¿Tiene hijos que no vivan en su hogar o en el inmueble? Incluya a los hijos adultos, hijos menores de edad y otros menores que haya criado. Sí No N/A - Solo solicitudes de mudanza/renovación

Si contestó que sí, escriba la información a continuación. Si no conoce la información de contacto, escriba "Desconocido".

Menor 1					
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DE TELÉFONO		HIJO(A) DE (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN) <input type="checkbox"/> Solicitante A <input type="checkbox"/> Solicitante B <input type="checkbox"/> Ninguno de los solicitantes	

Menor 2					
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DE TELÉFONO		HIJO(A) DE (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN) <input type="checkbox"/> Solicitante A <input type="checkbox"/> Solicitante B <input type="checkbox"/> Ninguno de los solicitantes	

Menor 3					
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DE TELÉFONO		HIJO(A) DE (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN) <input type="checkbox"/> Solicitante A <input type="checkbox"/> Solicitante B <input type="checkbox"/> Ninguno de los solicitantes	

Si tiene hijos adicionales que no vivan en su hogar, adjunte otra hoja de papel.

Escriba los datos de una persona que lo haya conocido por dos o más años y que pueda servirle como referencia. De preferencia, alguien que conozca su experiencia en el cuidado de niños, de haberlo. *Para cuidado de crianza general o adopción sin licencia, no puede ser un familiar.*

Referencia 1					
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (PREFERIDA)		NÚMERO DE TELÉFONO		PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS

Escriba los datos de otra persona que lo haya conocido por dos o más años y que pueda servirle como referencia. De preferencia, alguien que conozca su experiencia en el cuidado de niños, de haberlo. *Puede ser un familiar.*

Referencia 2					
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (PREFERIDA)		NÚMERO DE TELÉFONO		PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS

¿Su solicitud se refiere a uno o varios menores en específico? Sí No N/A - Solo solicitudes de mudanza/renovación

Si contestó que sí, escriba la información a continuación.

Menor 1					
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO (SI LA CONOCE)	
¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON ESTE MENOR?			¿ESTE MENOR YA ESTÁ COLOCADO EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Menor 2					
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (SI CORRESPONDE)	APELLIDO		FECHA DE NACIMIENTO (SI LA CONOCE)	
¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON ESTE MENOR?			¿ESTE MENOR YA ESTÁ COLOCADO EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Si su solicitud se refiere a menores adicionales, adjunte otra hoja de papel.

Firma

Certifico/certificamos que la información anterior y los anexos requeridos son verdaderos y están completos, en la medida de mi/nuestro conocimiento. La omisión de revelar información pertinente de forma veraz puede ser causa de denegación de la solicitud o de revocación de una licencia.

Otorgo/otorgamos mi/nuestro permiso para que el DCYF y agencias privadas se comuniquen con las referencias incluidas en esta solicitud y hablen sobre temas pertinentes para mi/nuestra solicitud de servicios de adopción / licencia de cuidado de crianza / colocación con familiares.

Entiendo/entendemos que el DCYF realizará una verificación de antecedentes penales y una verificación de los archivos de maltrato y abandono del DCYF de todas las personas que presentan la solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE A

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE B

FECHA