



Solicitud para proveedor certificado de relevo
Application for Certified Respite Provider

Estado CPA

El cuidado solamente debe ser brindado hogares de crianza autorizados.

Información del solicitante				
NOMBRE (DE HABERLO) (ESCRIBIR COMPLETO)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO)	APELLIDO	SUFIJO
NOMBRE QUE PREFERE (DE HABERLO) (ESCRIBIR COMPLETO)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO)	APELLIDO	SUFIJO
NOMBRES ANTERIORES, APODOS, OTROS NOMBRES QUE HA USADO (DE HABERLOS) (ESCRIBIR COMPLETO)	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO)	APELLIDO	SUFIJO
	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO)	APELLIDO	SUFIJO
	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO)	APELLIDO	SUFIJO
SUS DATOS:	IDENTIDAD DE GÉNERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
	NÚMERO DE TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	MODO DE CONTACTO PREFERIDO <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal	
CALLE Y NÚMERO	CALLE Y NÚMERO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL)
DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)	CALLE Y NÚMERO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL)
IDIOMAS EN LOS QUE PUEDE COMUNICARSE CON UN NIÑO	PRIMARIO	ADICIONAL		

Tipo de cuidado			
<p>Cuando sea certificado como proveedor de relevo, tendrá aprobación para brindar apoyo en cualquier hogar de crianza con licencia. Estoy dispuesto a brindar apoyo en:</p> <p><input type="checkbox"/> Hogares de crianza en general</p> <p><input type="checkbox"/> Un hogar específico</p> <p><input type="checkbox"/> Ambos</p>			
NOMBRE DEL HOGAR DE CRIANZA ESPECÍFICO DONDE BRINDARÁ CUIDADO DE RELEVO (SI CORRESPONDE)			
CALLE Y NÚMERO	CIUDAD , WA	CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL)	CONDADO

Antecedentes

¿Alguna vez le han dicho que tiene problemas con alguna de las siguientes cosas? (marque todas las que correspondan)

- Alcohol (describa):
- Marihuana (describa):
- Drogas ilegales (describa):
- Salud mental (describa):
- Medicamentos recetados (describa):
- Control de la ira (describa):
- NA
- Prefiero abordar este tema en persona

¿Ha tenido una lesión grave, enfermedad u hospitalización durante el año pasado? (seleccione una opción)

- Sí (describa):
- No
- Prefiero abordar este tema en persona

¿Tiene antecedentes de limitaciones mentales o físicas? (seleccione una opción)

- Sí (describa):
- No
- Prefiero abordar este tema en persona

¿Actualmente toma medicamentos que afecten su capacidad para cuidar de un niño? (seleccione una opción)

- Sí (describa):
- No
- Prefiero abordar este tema en persona

Referencias de carácter

NOMBRE (NOMBRE Y APELLIDO)	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)	PARENTESCO CON EL SOLICITANTE	DIRECCIÓN POSTAL (INCLUYENDO EL CÓDIGO POSTAL) (SI NO TIENE CORREO ELECTRÓNICO)

Doy permiso al DCYF para que se comunique con las referencias mencionadas en esta solicitud y para que discutan temas relevantes a mi solicitud.

Comprendo que el DCYF hará una revisión de mi registro de antecedentes penales y revisará los archivos en relación a maltrato y abandono.

Certifico que la información antes mencionada y los documentos adjuntos solicitados son verdaderos y están completos en la medida de mi conocimiento.

Comprendo que no divulgar con total honestidad toda la información relevante puede ser motivo de que se deniegue esta solicitud para proveedor certificado de relevo.

FIRMA

FECHA