LICENSING DIVISION (LD)

Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Autorización y consentimiento para divulgar registros Hogar de agencia de colocación de niños (CPA)

Authorization and Consent to Share Records Child Placing Agency (CPA) Home

Autorización y consentimiento para divulgar los registros y la información de:			
NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO **, WA**	CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO	ASOCIADO CON EL NÚMERO DE PROVEEDOR (SI LO CONOCE)		

Consentimiento para concesión de licencia de hogar de crianza:

Consiento a que la División de Licencias (LD, por sus siglas en inglés) del Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (DCYF, por sus siglas en inglés) y la agencia de colocación de niños (CPA, por sus siglas en inglés) obtengan mi información confidencial. Autorizo a la LD y a la CPA para que utilicen mi información confidencial y la intercambien con el fin de evaluar mi aptitud para tener acceso a menores en cuidado fuera del hogar.

Si solicito que mi licencia de hogar de crianza se transfiera de mi CPA certificadora actual a otra CPA o a la LD, autorizo el intercambio de información entre la LD y mi CPA certificadora actual o futura en lo referente a mis registros actuales o previos de hogar de crianza. Entiendo que esa información puede usarse para determinar mi aptitud para obtener una licencia de la LD o una certificación de otra CPA. La información puede ser compartida verbalmente, por transferencia de datos por computadora, por correo o por entrega en mano.

Renuncia a la confidencialidad para investigación de antecedentes:

Entiendo que puedo tener derecho a que se mantenga la confidencialidad de cierta información recolectada u obtenida por el DCYF que se relacione con mi licencia de hogar de crianza con la CPA antes mencionada. Dicha información puede incluir antecedentes penales y registros del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés) y del DCYF. Entiendo que el DCYF no está autorizado para divulgar información confidencial referente a mi persona, excepto con mi permiso o cuando lo permita la ley.

Información específica que puede divulgarse: Los resultados de las investigaciones de antecedentes de la Patrulla Estatal y el FBI, así como de FamLink/Sistema de Información del DCYF que se relacione con mi aptitud para tener acceso, con o sin supervisión, a menores colocados fuera de su hogar.

En el entendido de que tengo derecho a la confidencialidad, por este medio renuncio a ese derecho con el fin de permitir que la CPA antes mencionada reciba acceso a toda la información, como se indica arriba. Autorizo a la LD y a la CPA para que utilicen mi información confidencial y la intercambien con el fin de evaluar mi aptitud para tener acceso a menores en cuidado fuera del hogar.

Declaración de entendimiento:

- Entiendo que este consentimiento es válido durante todo el tiempo que la LD del DCYF y necesiten registros con el fin de evaluar si debo tener acceso a menores colocados fuera de su hogar.
- Entiendo que puedo revocar o cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento, pero eso no afectará ninguna información ya entregada.
- Entiendo que los registros entregados en los términos de este consentimiento podrían ya no estar protegidos por las leyes de privacidad que se aplican al DCYF y a .
- Entiendo que una copia de este formulario es válida para dar mi permiso para compartir registros.

Firmas	
FIRMA	FECHA
NOMBRE DEL PADRE, LA MADRE U OTRO REPRESENTANTE (*SI CORRESPONDE*)	
FIRMA DEL PADRE, LA MADRE U OTRO REPRESENTANTE (*SI CORRESPONDE*)	FECHA

Si no soy la persona a la que se refieren los registros, tengo autorización para firmar dado que soy su:

☐ Padre/madre ☐ Tutor legal ☐ Representante personal ☐ Otro: