

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD DE LICENCIA PARA HOGARES DE ACOGIDA

Un paquete de solicitud inicial para una licencia de acogida

Presente los siguientes formularios del DCF

- FCL 401** Solicitud de Hogar de Acogida Familiar. Con firma y fecha. Incluya el teléfono de casa y cualquier historial de licencias previas.
- FCL 002** Solicitud de verificación de antecedentes con KBI/DCF Incluya a TODOS los ocupantes del hogar a partir de 10 años, voluntarios y empleados. Indique la fecha de nacimiento, la raza, el sexo y dirección para todas las personas mayores de 10 años
- Notificación de hallazgos de la inspección** (NOSF, por sus siglas en inglés).

Por favor, adjunte lo siguiente con su solicitud:

- Plano del hogar** Los planos de creación propia por cada planta de la vivienda, que deben incluir:
 - Medidas lineales (por ejemplo, 12'x11'6") de las habitaciones y ventanas utilizadas en la acogida del menor.
 - Distancia del suelo a las ventanas en los dormitorios que se usan para la acogida del menor. Ubicación de paredes, puertas y ventanas de toda la casa. Si corresponde, incluya sótanos no utilizados como espacio habitable.
 - Uso de cada habitación (por ejemplo, salón, cocina, dormitorio, etc.). Quién va a utilizar cada dormitorio (por ejemplo, el padre o la madre de acogida, el hijo o la hija biológica, etc.). El espacio del dormitorio de los padres de acogida no puede contarse como espacio de capacidad para los menores en régimen de acogida. Un bebé que duerme en la habitación de los padres adoptivos se considera una disposición temporal y el bebé necesitará la asignación de una habitación antes de cumplir el año
- CERTIFICADOS DE ENTRENAMIENTO** Incluir los certificados de finalización de lo siguiente:
 - Certificado del programa de preparación del hogar de acogida
 - Certificación de primeros auxilios
 - Certificado de RCP (si se requiere)
 - Administración de medicamentos
 - Precauciones universales
- COMPROBACIONES DE REGISTRO FUERA DEL ESTADO, si corresponde.** OSCARS, si corresponde para cualquier miembro del hogar de 18 años o más que haya residido fuera de Kansas durante los últimos 5 años. Los resultados del registro deben incluirse en la solicitud.
- HUELLAS DACTILARES** - Deben ser completadas y presentadas con la solicitud o antes de la solicitud para todos los padres de acogida y los residentes de 14 años de edad y mayores.
- Evaluación de la familia para solicitudes INICIALES solamente**

Departamento de Niños y Familias de Kansas

Foster Care Licensing & Background Checks Division
500 SW Van Buren St. PO Box 1424 Topeka, KS 66601
Sitio web: <http://www.dcf.ks.gov>
Email: DCF.FCL@ks.gov
Fax: 785-296-8609

Solicitud de licencia para un hogar de acogida familiar

Las familias robustas hacen de Kansas un estado robusto. El servicio que ofrece a los niños y jóvenes es importante para la comunidad y tendrá un impacto duradero en los menores que acoja en su hogar. También es importante para sus familias. Las leyes y reglamentos de Kansas sobre el cuidado de niños fueron diseñados para reducir los riesgos predecibles de daños a los niños y jóvenes. Al rellenar y enviar esta solicitud, usted está: 1) solicitando una licencia para poner en funcionamiento un hogar de acogida familiar y 2) afirmando que ha leído y se compromete a cumplir con todas las leyes y reglamentos de los hogares de acogida en Kansas.

SECCIÓN I. INTENCIÓN DEL SOLICITANTE RELLENAR A CONTINUACIÓN			
<input type="checkbox"/> Aplicación inicial (cuidado en general)			
<input type="checkbox"/> Niños específicos (NRKIN, Colocación con familiares, ICPC) ID de "Care Match":			
Esta solicitud es para un hogar de acogida familiar que Actualmente tiene una licencia aprobada, pero estamos:	<input type="checkbox"/> Mudándonos a otro lugar	<input type="checkbox"/> Cambiando de titularidad (quitar o añadir a alguien a la licencia actual)	
	<input type="checkbox"/> Cambiando el tipo de programa (NRKIN, aprobación de familiar de Cuidado General)		
Tipo de licencia:	<input type="checkbox"/> Licencia	<input type="checkbox"/> Autorización para una base militar	<input type="checkbox"/> Autorización para una reserva indígena
Capacidad y rango de edad solicitados:	Número de niños	Rango de edad	
Yo/nosotros tenemos o tuvimos una licencia o aprobación de KDHE o DCF:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
Yo/hemos tenido una licencia o aprobación para un hogar de crianza en otro estado:	No	Sí	
En caso de "Sí" # licencia	Tipo de atención:	Que estado:	

SECCIÓN II. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE. COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA, ESCRIBA CON CLARIDAD EN LETRA DE MOLDE.				
Nombre legal del solicitante				
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	# Teléfono	# Teléfono de trabajo
Nombre legal del Cónyuge/Co-solicitante				
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	# Teléfono	# Teléfono de trabajo
Dirección física de la vivienda (calle)	Ciudad	Condado	Código Postal	
Dirección postal del hogar (si difiere de la anterior)	Ciudad	Código Postal	Dirección de correo electrónico	
Esta casa está conectada a:	<input type="checkbox"/> Agua pública	<input type="checkbox"/> Alcantarillado público	<input type="checkbox"/> Agua de pozo	<input type="checkbox"/> *Tanque séptico/laguna
*Si no hay agua/alcantarillado público, se requiere la aprobación anual del suministro de agua y la eliminación de aguas residuales.				

SECCIÓN IV. PREFERENCIAS DE LA FAMILIA: El trabajador de licencias de CPA debe completar una evaluación escrita del hogar de acogida, incluyendo una inspección domiciliaria y recomendaciones en este formulario para cumplir con K.A.R.28-4-802(d). Los solicitantes están dispuestos a considerar a los niños con las siguientes condiciones o comportamientos y están de acuerdo con la recomendación del trabajador que otorga la licencia:

I. Condiciones que requieren cuidados especiales	Sí	No	Condicional	II. Patrones de comportamiento	Sí	No	Condicional
Discapacidades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cólicos/Quisquilloso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidades intelectuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rabietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperactivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discap./enfermedad mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mojar la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Timidez extrema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No ambula	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo extremo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamento frágil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacitados visuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Masturbación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destruyivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dieta especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blasfemar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentación por sonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Robo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defecto cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se escapa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agresivo/Hostil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se escapa de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias/Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impedimento del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Activo sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encopresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema o trastorno de alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enuresis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orientación sexual/ Identificación de género	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prende fuego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos/amenazas suicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensamientos/Amenazas homicidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Crueldad con los animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agresivo/Hostil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (favor de especificar)				Automutilación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Consideraciones especiales	Sí	No	Condicional	IV. Información sobre el hogar	Sí	No
Participación en pandillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No fumadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antecedentes penales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se fuma, pero no en la casa/automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Progenitor menor de edad con hijo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agresor sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Víctima de la trata de personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Víctima de abuso sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro Mascotas (especificar)		
Animal de Servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Otro (especificar)						
V. Indique cualquier comentario del solicitante o solicitantes en relación con los temas anteriores						
VI. Enumere las aptitudes especiales o la experiencia que pueda tener el o los solicitantes.						
VI. Recomendación de uso:						
Número de niños						
Rango de edad hasta						
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino						
Tipo de colocación (marque todas las que correspondan):						
<input type="checkbox"/> Pre-Adopción						
<input type="checkbox"/> Cuidado de emergencia/temporal						
<input type="checkbox"/> Cuidado de maternidad						
<input type="checkbox"/> Terapéutico						
<input type="checkbox"/> ICPC						
<input type="checkbox"/> Delincuente juvenil						
<input type="checkbox"/> Sólo niño(s) específico(s)						
<input type="checkbox"/> Cuidado de relevo						
<input type="checkbox"/> Madre e hijo/a						
<input type="checkbox"/> Grupo de hermanos						
<input type="checkbox"/> Niño que necesita cuidados						
<input type="checkbox"/> Colocación privada						

SECCIÓN V. ENTRENAMIENTO COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA. FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE. K.A.R. 28-4-806 exige que los padres de acogida aporten pruebas de su experiencia en el cuidado de niños y de sus conocimientos sobre métodos de cuidado de niños que permitan a cualquier niño desarrollar su potencial.

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

- Certificado de preparación del hogar de acogida (PSMAPP, DT, etc.)**
- Primeros auxilios**
- Administración de medicamentos**
- Precauciones universales**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

- Certificado de preparación del hogar de acogida (PSMAPP, DT, etc.)**
- Primeros auxilios**
- Administración de medicamentos**
- Precauciones universales**



SECCIÓN VI. ACUERDOS Y FIRMA(S) AUTORIZADA(S) LEER CADA DECLARACIÓN Y FIRMAR LA SOLICITUD UNA VEZ COMPLETADA

A. Las referencias incluidas han sido comprobadas y están archivadas en CPA	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
B. Se han verificado y documentado las fuentes de ingresos/importes declarados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
C. Se han recibido las huellas dactilares y se han enviado al DCF para su verificación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
D. Se han presentado solicitudes de Registro de Abuso/Negligencia Infantil en cada estado donde los miembros del hogar, de 18 años o más, hayan residido en los últimos 5 años	<input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E. Certificamos que se ha completado el siguiente proceso de preparación y evaluación y entrenamiento de la familia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
F. ¿Observa usted el estándar médico de atención en cuanto a las vacunas infantiles recomendadas? En caso negativo, ¿reclama una exención legal? En caso afirmativo, explique a continuación.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

La información que he/hemos proporcionado es verdadera a mi/nuestro mejor saber y entender. Yo/nosotros hemos seleccionado esta agencia como mi/nuestra agencia patrocinadora para fines de licencia, colocación y supervisión. Yo/nosotros entendemos que los resultados de la verificación de huellas dactilares y del Registro de Abuso/Negligencia Infantil ayudarán en la determinación de la licencia completa.

Yo, el abajo firmante soy la persona que presenta la solicitud/ Nosotros, los abajo firmantes somos las personas que presentan la solicitud, tal como figura en la sección II.

He/hemos leído las leyes y reglamentos que rigen el funcionamiento de este establecimiento y es la intención de este solicitante cumplirlos.

Entiendo/entendemos que soy/somos responsable/s de cumplir y mantener el cumplimiento de todas las leyes y regulaciones aplicables a la licencia de cuidado de niños en todo momento.

Yo afirmo/Nosotros afirmamos que se seguirá la política de disciplina de mi/nuestra agencia de colocación de niños patrocinadora.

Yo entiendo/Nosotros entendemos que una nueva solicitud puede tardar hasta 90 días en ser procesada por el DCF una vez que éste reciba una solicitud completa.

Entiendo/entendemos que no estoy/estamos autorizado/s a prestar servicios relacionados con la acogida del menor en familia antes de recibir un Permiso o Licencia Temporal del DCF.

De acuerdo con los Estatutos de Kansas Anotados 44-1009, no rechazaré/rechazaremos el servicio a ninguna persona por motivos de raza, religión, color o sexo, discapacidad física, origen nacional o ascendencia.

Yo entiendo/nosotros entendemos que la colocación requiere la recepción previa de la licencia y el cumplimiento de los estatutos y reglamentos de la licencia.

Afirmo/afirmamos que no consumiré/consumiremos ninguna sustancia ilegal, ni abusaré/abusaremos del alcohol en cantidades excesivas, ni abusaré/abusaremos de medicamentos legales con o sin receta consumiéndolos en exceso, o utilizándolos de forma contraria a las indicaciones.

Afirmo/afirmamos que los residentes o invitados no fumarán en el hogar de acogida familiar, en ningún vehículo utilizado, ni en presencia del menor en régimen de acogida.

Yo afirmo/Nosotros afirmamos que se seguirá la política de mi/nuestra agencia patrocinadora sobre la crianza prudente.

Entiendo / entendemos al firmar esta solicitud que la División de Licencias de Cuidado de Crianza del Departamento de Niños y Familias puede solicitar información relacionada con cualquier información de licencia de cuidado infantil anterior de cualquier estado en el que el solicitante tenga una licencia.

Yo / nosotros entendemos que al firmar esta solicitud, otorgo / estamos dando mi consentimiento para la divulgación de información relacionada con cualquier licencia de cuidado de niños anterior a nombre del solicitante y que esta divulgación es válida por la duración de la licencia con la División de Licencias.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Co-solicitante

Fecha

Yo, trabajador de la agencia patrocinadora que otorga la licencia, he completado una evaluación familiar por escrito, incluyendo una inspección domiciliaria, de este hogar de acogida. En la oficina de la agencia de colocación de niños están archivadas las copias de la narración y del informe de la inspección domiciliaria. Las preferencias de la familia que figuran en este formulario se basan en la evaluación escrita, la inspección y la evaluación preliminar, y se han revisado con el solicitante o los solicitantes. Se han recibido las huellas dactilares de los solicitantes y se han enviado al KBI para llevar a cabo un control de huellas dactilares y se han presentado solicitudes de verificación de estas en el Registro de Abuso/Negligencia Infantil a cada estado donde los miembros del hogar mayores de 18 hayan vivido en los últimos 5 años.

La agencia de colocación de niños ha determinado que, después de recibir una licencia para proporcionar acogida familiar, colocaremos a los niños en este hogar y se prestarán servicios para favorecer el cumplimiento de los estatutos y reglamentos de concesión de licencias.

Firma del trabajador de la agencia de colocación de niños

Fecha

Nombre en letra de molde

Nro. de teléfono

Email