

FCL 655S
Rev. 02/21

DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE KANSAS
Foster Care Licensing (Licencias para acogida de menores)
PO Box 1424 Topeka, Kansas 66601-1424
500 SW Van Buren Street 2nd Floor Topeka, Kansas 66603
Sitio web: <http://www.dcf.ks.gov>

SOLICITUD DE TRASLADO DE LA AGENCIA PATROCINADORA

Instrucciones: Por favor, rellene lo siguiente y envíelo a DCF.FCL@ks.gov. La (s) firma(s) de cada uno de los padres de acogida y del trabajador de la Agencia de colocación de menores son obligatorias. Los siguientes documentos son necesarios en el momento de la solicitud: Notificación de hallazgos de la inspección.

Sección 1. Hogar de acogida familiar	
Nombre en la licencia:	Número de licencia:
Dirección:	Email:
Ciudad, Estado:	Código postal:

Solicito/solicitamos la transferencia del patrocinio de mi/nuestra licencia de acogida de la siguiente manera:

Sección 2. Agencia de colocación de menores que patrocina	
De: Nombre de la actual agencia de colocación patrocinadora:	A: Nombre de la nueva agencia de colocación de menores:
Dirección:	Dirección:
Ciudad, Estado:	Ciudad, Estado:
Email:	Email:

Solicito/solicitamos que la transferencia de patrocinio entre en vigor el:

Sección 3: Firma(s) del (de los) titular(es) de la licencia
--

Firma del titular de la licencia

Firma del titular de la licencia

FCL 655S
Rev. 02/21

DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE KANSAS
Foster Care Licensing (Licencias para acogida de menores)
PO Box 1424 Topeka, Kansas 66601-1424
500 SW Van Buren Street 2nd Floor Topeka, Kansas
66603 Sitio web: <http://www.dcf.ks.gov>

Sección 4. Preferencias familiares e intención de colocación en acogida							
I. Estados que requieren cuidados especiales	Sí	No	Condicional	II. Patrones de comportamiento	Sí	No	Condicional
Discapacidades físicas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cólicos/Quisquilloso	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discapacidades intelectuales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rabietas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discapacidad de aprendizaje	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hiperactivo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discapacidad/enfermedad mental	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mojar la cama	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedades infecciosas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Timidez extrema	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No ambula	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Miedo extremo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicamento frágil	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Miente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discapacidad visual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Masturbación	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discapacidad auditiva	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Destruyivo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dieta especial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blasfema	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alimentación por sonda	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Robo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defecto cardíaco	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se fuga	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Agresivo/Hostil	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Se escapa de la escuela	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alergias/Asma	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fuma	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impedimento del habla	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Activo sexualmente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encopresis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problema o trastorno de alimentación	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enuresis	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Orientación sexual/Identificación de género	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADHD	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prende fuego	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autismo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensamientos/amenazas suicidas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso de sustancias	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pensamientos/ Amenazas homicidas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de transmisión sexual	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Crueldad con los animales	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embarazada	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Automutilación	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otros (especifique)				Otros (especifique)			

FCL 655S
Rev. 02/21

DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE KANSAS
Foster Care Licensing (Licencias para acogida de menores)
 PO Box 1424 Topeka, Kansas 66601-1424
 500 SW Van Buren Street 2nd Floor Topeka, Kansas
 66603 Sitio web: <http://www.dcf.ks.gov>

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

Sección 5. Firma del trabajador de la Agencia de Colocación de Menores Receptora

Firma del trabajador de la Agencia de Colocación de Menores que patrocina