

NUEVA SOLICITUD CAMBIOS (Estudio del hogar interino)

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
EVALUACIÓN FINAL Y DETERMINACIÓN

Este formulario es un análisis escrito y un resumen del proceso completo de certificación/aprobación. El buscador de hogares completa este formulario para cada nueva solicitud y la revisa con el supervisor. Para cambios (estudio del hogar interino), actualice las secciones IV-VI. Las determinaciones deben compartirse con los solicitantes para su revisión.

I. DEMOGRAFÍA			
SOLICITANTE 1:			
SOLICITANTE 2:			
DIRECCIÓN:			
MIEMBROS DEL HOGAR:			
Nombre	DOB / /	Nombre	DOB / /
Nombre	DOB / /	Nombre	DOB / /
Nombre	DOB / /	Nombre	DOB / /
II. REQUISITOS REGULATORIOS			
Cumplimiento con las regulaciones 18 NYCRR 443 y/o 18 NYCRR 420 y 18 NYCRR 421			
<p>1. Cada padre/madre de crianza es mayor de 21 años.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Padre/madre de crianza 1 DOB: / /</p> <p>Padre/madre de crianza 2 DOB: / /</p> <p>Documento(s) utilizado(s) para verificar:</p> <p>Verificado por:</p>			
<p>2. Cada miembro del hogar está en buena salud mental y libre de enfermedades contagiosas, infección o enfermedad, o cualquier condición física que pueda afectar el cuidado apropiado del niño de crianza:</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Explique:</p> <p>Documento(s) utilizado(a) para verificar:</p> <p>Verificado por:</p>			
<p>3. Hay un plan adecuado para el cuidado y la supervisión del niño en cuidado de crianza en todo momento.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Explique:</p>			
<p>4. El estado civil actual del solicitante(s) afecta la capacidad de los padres de proporcionar cuidado adecuado.</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Explique:</p> <p>El estado civil actual del solicitante(s) es:</p> <p>Documento(s) utilizado(a) para verificar:</p> <p>Verificado por:</p>			

NOMBRE(S) DEL/DE LOS SOLICITANTE(S):

5. Se presentaron tres referencias personales testificando cada una de las cualidades del solicitante, carácter moral, juicio maduro, capacidad de administrar recursos financieros y desarrollar relaciones significativas con los niños.

No Sí

Explique:

Fecha de la referencia más reciente: / / ,

6. ¿Fueron las referencias de empleo:

a. proporcionadas? No Sí NA

b. verificadas? No Sí

c. aceptables? No Sí

Explique:

Fecha de la referencia más reciente: / / ,

7. El solicitante(s) comprende la función de un padre/madre de crianza y demuestra tener la capacidad, motivación y preparación psicológica adecuadas.

No Sí

Explique:

8. ¿Tiene al menos un solicitante en el hogar alfabetización funcional (en su lenguaje nativo)?

No Sí

Explique:

9. Otros miembros de la familia comprenden el cuidado de crianza y la función del niño de crianza en la familia.

No Sí

Explique:

10. Registre los resultados y las fechas de las verificaciones de antecedentes de todos los solicitantes y miembros del hogar correspondientes:

a. Lista de exclusión del personal (Staff Exclusion List-SEL)
 Fechas y resultados: / / ,

b. Registro Central del Estado (Statewide Central Register-SCR)
 Fechas y resultados: / / ,

c. Registro de abuso infantil fuera del estado N/A
 Fechas y resultados: / / ,

d. División de Justicia Criminal del Estado de Nueva York (New York State Division of Criminal Justice-DCJS)
 Fechas y resultados: / / ,

e. Oficina Federal de Investigaciones (Federal Bureau of Investigation-FBI)
 Fechas y resultados: / / ,

11. Ha sido el historial del solicitante(s) para ser padre/madre de crianza temporal y/o padres adoptivos:

a. verificado? No Sí N/A

b. Es aceptable? No Sí

Explique:

Documento(s) y/o métodos utilizado(s) para verificar:

NOMBRE(S) DEL/DE LOS SOLICITANTE(S):

12. ¿Fue el solicitante(s) aprobado para una exención por el supervisor?

No Sí

Si sí, proporcione la fecha de aprobación y el nombre del aprobador: / / ,

Explique la exención:

13. SOLO PARA CARTAS DE APROBACIÓN

¿Fue el solicitante(s) aprobado para una exención por el departamento local de servicios sociales (LDSS)?

No Sí NA

Si sí, proporcione la fecha de aprobación y el nombre del aprobador: / / ,

Explique la exención:

III. HOGAR DE CUIDADO DE CRIANZA APROBADO POR EMERGENCIA

¿Está el solicitante(s) aprobado para ser padre/madre de cuidado de crianza de emergencia? No Sí

Si NO, no tiene que completar la Sección III; proceda a la Sección IV.

Si Sí, complete la Sección III, además de las secciones restantes.

PRIMER NOMBRE DEL NIÑO Registre a todos los niños en cuidado de crianza que están actualmente colocados en el hogar.	EDAD	FECHAS DE COLOCACIÓN EN EL HOGAR A y De	FECHA DE LA ENTREVISTA CON EL NIÑO Si todavía está en el hogar	TRABAJADOR DE CUIDADO DE CRIANZA Y FECHA DE CONTACTO
		/ / - / /	/ /	/ /
		/ / - / /	/ /	/ /
		/ / - / /	/ /	/ /

Basado en el análisis de la información reunida durante la entrevista y observación de los niños, describa cómo las necesidades físicas, emocionales, de desarrollo y educativas están siendo cumplidas por los padres de crianza aprobados desde que fueron colocados en el hogar:

Resuma la capacidad general que tiene el padre/madre de crianza para trabajar con la familia biológica, la escuela/los proveedores de servicios y el LDSS/agencia desde que el niño(s) ha sido colocado en su hogar:

IV. EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES DEL ESTUDIO DEL HOGAR

RELACIÓN CON LA PAREJA

Basado en la información proporcionada por la familia y su análisis del solicitante(s), resuma cada área abajo sobre cómo impacta la capacidad de proporcionar cuidado de crianza y/o adoptar.

FORTALEZAS:

CONSIDERACIONES:

APOYOS NECESARIOS:

CRIANZA

Basado en la información proporcionada por la familia y su análisis del solicitante(s), resuma cada área abajo sobre cómo impacta la capacidad de proporcionar cuidado de crianza y/o adoptar.

FORTALEZAS:**CONSIDERACIONES:****APOYOS NECESARIOS:****RELACIONES FAMILIARES**

Basado en la información proporcionada por la familia y su análisis sobre el solicitante(s), resuma cada área abajo sobre cómo impacta la capacidad de proporcionar cuidado de crianza y/o adoptar.

FORTALEZAS:**CONSIDERACIONES:****APOYOS NECESARIOS:****ENTREVISTAS CON LOS NIÑOS, SI CORRESPONDE**

Basado en el análisis de la información obtenida durante la(s) entrevista(s) y las observaciones del niño(s), describa cómo las necesidades físicas, emocionales y del desarrollo del niño(s) se está(n) cumpliendo en este hogar.

FORTALEZAS:**CONSIDERACIONES:****APOYOS NECESARIOS:****PSICOSOCIAL**

Basado en la información proporcionada por la familia y su análisis sobre el solicitante(s), resuma cada área de abajo que impacte la capacidad de proporcionar cuidado de crianza y/o la adopción.

FORTALEZAS:**CONSIDERACIONES:**

APOYOS NECESARIOS:**V. CAMBIOS (SOLO ESTUDIO DEL HOGAR INTERINO)**

Los siguientes cambios han ocurrido antes del período de la reautorización:

TRANSFERENCIA DE LA AGENCIA:

Fecha efectiva: / /

Explique:

DIRECCIÓN DEL HOGAR (Se requiere el formulario de *Revisión de Seguridad*, OCFS-5183E ó OCFS-5193E-S):

Fecha efectiva: / /

Explique:

COMPOSICIÓN DEL HOGAR (Se requiere la toma de huellas dactilares cuando un nuevo adulto ingresa al hogar o cumple 18 años):

Fecha efectiva: / /

Explique:

RESULTADO DE ANTECEDENTES CRIMINALES:

Fecha efectiva: / /

Explique:

ESTADO CIVIL (Se requiere una nueva solicitud si el esposo(a) adulto(a) de la madre/padre de crianza ingresa al hogar):

Fecha efectiva: / /

Explique:

RANGO DE EDAD O GÉNERO:

Fecha efectiva: / /

Explique:

CAPACIDAD:

Fecha efectiva: / /

Explique:

TIPOS DE PROGRAMAS:

Fecha efectiva: / /

Explique:

NIVEL DE CUIDADO:

Fecha efectiva: / /

Explique:

REAPERTURA DEL HOGAR:

Fecha efectiva: / /

Explique:

Si se realiza cualquiera de los cambios citados arriba, resuma el efecto en los niños de crianza:

NOMBRE(S) DEL/DE LOS NIÑOS:

Explique:

VI. DETERMINACIÓN DE LA AGENCIA

El buscador de hogares no debería sustituir la Evaluación y Determinación Final en CONNECTIONS hasta que haya sido revisada con el supervisor, hasta que la determinación sea compartida con el solicitante(s) y los comentarios del solicitante sean recibidos e ingresados en CONNECTIONS.

Basado en la solicitud, el estudio del hogar, el formulario de revisión de seguridad, los informes médicos, las referencias y las verificaciones de antecedentes, ¿está este solicitante listo para ser padre/madre de un niño de crianza?

NOMBRE(S) DEL/DE LOS SOLICITANTE(S):

Emita un Certificado o Carta de Aprobación/Cambios Aprobados (Estudio Interino del Hogar)

Sí: Cuidado de crianza/Adopción

Consideraciones de la colocación, si corresponde:

Sí: Solo cuidado de crianza:

Consideraciones de la colocación, si corresponde:

No

Explique la razón/razones de la denegación:

FIRMA DEL BUSCADOR DE HOGARES: X	FECHA: / /
--	---------------

FIRMA DEL SUPERVISOR: X	FECHA: / /
-----------------------------------	---------------

VII. COMENTARIOS DEL SOLICITANTE

Escriba los comentarios del solicitante aquí:

FIRMA DEL SOLICITANTE: X	FECHA: / /
------------------------------------	---------------

FIRMA DEL SOLICITANTE: X	FECHA: / /
------------------------------------	---------------

FIRMA DEL BUSCADOR DE HOGARES: X	FECHA: / /
--	---------------

FIRMA DEL SUPERVISOR: X	FECHA: / /
-----------------------------------	---------------