|  |  |
| --- | --- |
| http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | LICENSING DIVISION (LD)**Visita de monitoreo de hogar de cuidado de crianza****Foster Home Monitoring Visit** |
| **INFORMACIÓN DEL HOGAR** |
| NOMBRE DEL PROVEEDOR | NÚMERO DE PROVEEDOR |
| NOMBRE DEL LICENCIADOR | LICENCIA PARA EDADES DESDE | LICENCIA PARA EDADES HASTA |
| FECHA DE LA VISITA | LICENCIA PARA NÚMERO DE MENORES | NÚMERO DE MENORES COLOCADOS |
| **REVISIÓN DEL HOGAR** |
| **LISTA DE VERIFICACIÓN** | **SÍ** | **NO** | **NA** |
| [WAC 110-148-1375](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1375) Primeros auxilios y RCP vigente (ambos cuidadores)  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [WAC 110-148-1440](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1440) Sanidad del hogar  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [WAC 110-148-1440](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1440) Peligros (especificar abajo)  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [WAC 110-148-1450](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1450) Protecciones para niños apropiadas a la edad | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [WAC 110-148-1460](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1460) y [1465](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1465) Precauciones de seguridad contra incendios | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [WAC 110-148-1470](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1470) y [1475](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1475) Arreglos para dormir  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [WAC 110-148-1485](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1485) Alcohol y marijuana fuera del alcance de los menores | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [WAC 110-148-1500](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1500) Armas de fuego bajo llave  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| [WAC 110-148-1565](https://app.leg.wa.gov/WAC/default.aspx?cite=110-148-1565) Medicamentos bajo llave | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Revaluación de sueño seguro ([recurso](https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/2019-02/Safe_Sleep_Environ_update.pdf))   | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Acuerdo de cumplimiento necesario: [ ]  Sí [ ]  No  |
| Si hay peligros presentes, descríbalos:  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Plan de supervisión para condiciones específicas del sitio (DCYF 10-419): [ ]  Sí [ ]  No  |
| **MIEMBROS DEL HOGAR DE 16 AÑOS DE EDAD O MÁS** |
| NOMBRE | ROL | FECHA DE NACIMIENTO | HOGAR O INMUEBLE | VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES  |
| SÍ | NO |
| 1.
 |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
| 1.
 |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
| 1.
 |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
| 1.
 |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
| 1.
 |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
| 1.
 |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
| 1.
 |  |  |  | [ ]  | [ ]  |
| 1.
 |  |  |  | [ ]  | [ ]  |

|  |
| --- |
| **ENTREVISTA CON PADRE O MADRE DE CUIDADO DE CRIANZA** |
| NOMBRE |
| ¿Cuántos menores hay colocados actualmente con usted, y cuáles son sus edades? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Cómo están las cosas con los menores colocados? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Hay un plan de supervisión y seguridad del menor, DCYF 15-352, para alguno de los menores en su hogar? [ ]  Sí [ ]  No Si contestó que sí, ¿cuáles menores?  |
| ¿Cómo apoya los vínculos o las relaciones del menor con sus hermanos biológicos, su familia biológica u otros vínculos permanentes? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Cómo satisface las necesidades de autocuidado y relevo de su familia? ¿Conoce grupos de apoyo para padres de cuidado de crianza? ¿Qué tal está cumpliendo con sus requisitos de capacitación durante el servicio? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Le interesa hacer cambios en su capacidad? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Tiene alguna pregunta o hay algo con lo que pueda ayudarle? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **NOTAS ADICIONALES** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OBSERVACIÓN DEL MENOR NO VERBAL EN COLOCACIÓN** |
| [ ]  Sí [ ]  No |
| NOMBRE DEL MENOR | EDAD DEL MENOR | TRABAJADOR ASIGNADO |
| Descripción de las necesidades del menor de acuerdo con el padre o la madre de cuidado de crianza (si corresponde): |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Describa el aspecto y las actividades del menor durante la observación: |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Describa las interacciones entre el padre o la madre de acogida temporal y el menor: |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **NOTAS ADICIONALES** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **ENTREVISTA CON MENOR EN COLOCACIÓN** |
| [ ]  Sí [ ]  No |
| NOMBRE DEL MENOR | EDAD DEL MENOR | TRABAJADOR ASIGNADO |
| **Hogar\*:** ¿Quiénes viven en el hogar y en el inmueble?Cuéntame, ¿cómo es vivir aquí?¿Cómo son tus relaciones con los otros menores en el hogar?¿Cuáles son algunas actividades o cosas que haces aquí? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Seguridad\*:** ¿Hay cosas que te hagan sentir seguro o inseguro al vivir aquí?¿Hay alguien a quien puedas acudir si necesitas ayuda?Si otro menor viniera a vivir aquí, ¿qué le dirías sobre el hogar?Si ocurriera una emergencia, ¿cómo saldrías de la casa? |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Reglas del hogar / Disciplina\*:** ¿Tienes labores domésticas u otras cosas de las que seas responsable?¿Hay reglas en el hogar? ¿Cuáles son?\*Si alguien rompe las reglas, ¿qué ocurre?\* |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Alimentos\*:** Háblame sobre los alimentos de aquí (¿hay reglas sobre alimentos o bocadillos?)\* |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **NOTAS ADICIONALES** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA** |
| FIRMA DEL EMPLEADO DE LD/CPA | FECHA |
| NOMBRE DEL EMPLEADO DE LD/CPA |