|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | http://intranet.dcyf.wa.gov:8090/drupal-8.4.0/sites/default/files/graphics/DCYF-Logo-BW.jpg | LICENSING DIVISION (LD)  **Solicitud para proveedor certificado de relevo**  **Application for Certified Respite Provider**  **Estado**  **CPA** |   **El cuidado solamente debe ser brindado hogares de crianza autorizados.** | | | | | | | |
| **Información del solicitante** | | | | | | | |
| **NOMBRE**  **(DE HABERLO)**  **(ESCRIBIR COMPLETO)** | NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO) | | APELLIDO | | SUFIJO |
| **NOMBRE QUE PREFIERE (DE HABERLO)**  **(ESCRIBIR COMPLETO)** | NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO) | | APELLIDO | | SUFIJO |
| **NOMBRES ANTERIORES,**  **APODOS,**  **OTROS NOMBRES QUE HA USADO**  **(DE HABERLOS)**  **(ESCRIBIR COMPLETO)** | NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO) | | APELLIDO | | SUFIJO |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO) | | APELLIDO | | SUFIJO |
| NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE (DE HABERLO) | | APELLIDO | | SUFIJO |
| **SUS DATOS:** | IDENTIDAD DE GÉNERO  Femenino Masculino  X | | FECHA DE NACIMIENTO | | NÚMERO DE SEGURO SOCIAL | | |
| NÚMERO DE TELÉFONO | | CORREO ELECTRÓNICO | | MODO DE CONTACTO PREFERIDO  Teléfono Mensaje de texto  Correo electrónico Correo postal | | |
| **CALLE Y NÚMERO** | CALLE Y NÚMERO | | CIUDAD ESTADO  **,** | | CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL) | | CONDADO |
| **DIRECCIÓN POSTAL**  **(SI ES DIFERENTE)** | CALLE Y NÚMERO | | CIUDAD ESTADO  **,** | | CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL) | | CONDADO |
| **IDIOMAS EN LOS QUE PUEDE COMUNICARSE CON UN NIÑO** | PRIMARIO | | ADICIONAL | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Tipo de cuidado** | | | | | | | |
| Cuando sea certificado como proveedor de relevo, tendrá aprobación para brindar apoyo en cualquier hogar de crianza con licencia. Estoy dispuesto a brindar apoyo en:  Hogares de crianza en general  Un hogar específico  Ambos | | | | | | | |
| NOMBRE DEL HOGAR DE CRIANZA ESPECÍFICO DONDE BRINDARÁ CUIDADO DE RELEVO (SI CORRESPONDE) | | | | | | | |
| CALLE Y NÚMERO | | CIUDAD  , WA | | CÓDIGO POSTAL (+4 OPCIONAL) | | CONDADO | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Antecedentes** | | | | |
| ¿Alguna vez le han dicho que tiene problemas con alguna de las siguientes cosas? (marque todas las que correspondan)  Alcohol (describa):  Marihuana (describa):  Drogas ilegales (describa):  Salud mental (describa):  Medicamentos recetados (describa):  Control de la ira (describa):  NA  Prefiero abordar este tema en persona  ¿Ha tenido una lesión grave, enfermedad u hospitalización durante el año pasado? (seleccione una opción)  Sí (describa):  No  Prefiero abordar este tema en persona  ¿Tiene antecedentes de limitaciones mentales o físicas? (seleccione una opción)  Sí (describa):  No  Prefiero abordar este tema en persona  ¿Actualmente toma medicamentos que afecten su capacidad para cuidar de un niño? (seleccione una opción)  Sí (describa):  No  Prefiero abordar este tema en persona | | | | |
|  | | | | |
| **Referencias de carácter** | | | | |
| NOMBRE  (NOMBRE Y APELLIDO) | CORREO ELECTRÓNICO | NÚMERO TELEFÓNICO  (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA) | PARENTESCO  CON EL SOLICITANTE | DIRECCIÓN POSTAL  (INCLUYENDO EL CÓDIGO POSTAL)  (SI NO TIENE CORREO ELECTRÓNICO) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Doy permiso al DCYF para que se comunique con las referencias mencionadas en esta solicitud y para que discutan temas relevantes a mi solicitud.  Comprendo que el DCYF hará una revisión de mi registro de antecedentes penales y revisará los archivos en relación a maltrato y abandono.  Certifico que la información antes mencionada y los documentos adjuntos solicitados son verdaderos y están completos en la medida de mi conocimiento.  Comprendo que no divulgar con total honestidad toda la información relevante puede ser motivo de que se deniegue esta solicitud para proveedor certificado de relevo. | | | | |
| FIRMA | | | | FECHA |