



Lista de verificación para colocación con un cuidador sin licencia
Unlicensed Caregiver Placement Checklist
(RCW 74.15.020(2)(I-IV))

NOMBRE DE LA FAMILIA		FECHA DE COLOCACIÓN
NOMBRE DEL NIÑO		
El funcionario que hace la colocación es responsable de cumplir todos los requisitos siguientes dentro de las 72 horas posteriores a la fecha original de colocación.		
FECHA DE REALIZACIÓN	ANTES DE LA COLOCACIÓN	
	Identifique a familiares y a personas aptas para la colocación inmediatamente después de que los niños o jóvenes sean colocados en cuidado fuera del hogar, los familiares o las personas aptas son la colocación preferida.	
	Preparar el cuidado y las facultades de colocación y capturar el estatus legal.	
	Revisar FamLink para buscar antecedentes de maltrato y abandono relacionados con la seguridad del niño. Revisar los antecedentes por maltrato y descuido infantil en otros estados, cuando sea pertinente.	
	Llamar a la Unidad de Investigación de Antecedentes (BCU, por sus siglas en inglés) para las investigaciones de antecedentes que ordena la política 6800 Investigaciones de antecedentes de todas las personas de 16 años o más que vivan en el hogar. (Todas las colocaciones)	
	Conversar, identificar y resolver con el cuidador todas las necesidades inmediatas que podrían ser obstáculos para la colocación.	
	Revisar con el cuidador la información conocida sobre el niño e identificar todas las dudas y los recursos necesarios para ayudar al cuidador a satisfacer las necesidades especiales del niño (entre ellas, médicas, emocionales, psicológicas, culturales).	
	Realizar un recorrido de la vivienda para evaluar la seguridad física, usando la lista de comprobación de inspección de vivienda (pariente) DCYF 10-453 ;	
EN LA COLOCACIÓN		
	Llenar y estudiar el acuerdo de colocación DCYF 15-281 , lo que incluye una explicación para el cuidador sobre la licencia inicial; y la lista de verificación de colocación con cuidador sin licencia DCYF 15-280 .	
	Entregar un paquete de colocación , que incluye la remisión de información y colocación del niño DCYF 15-300 e información sobre los recursos para necesidades inmediatas, lo que incluye la opción de solicitar y cobrar TANF hasta que se reciba el reembolso por cuidado de crianza.	
	Entregar una copia de la publicación 0073 Cuidado de familiares: parientes y otras personas aptas	
	Explicar y proporcionar información sobre: <ul style="list-style-type: none"> a. Concesión de licencia inicial, b. TANF y c. Otros recursos 	
	Explicar y proporcionar información sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura médica • Oportunidades de capacitación • Derecho a ser escuchado en audiencias judiciales Informe del cuidador para el tribunal 	
	Informar al cuidador acerca del Registro de Salud y Educación del Niño (CHET, por sus siglas en inglés)	
	Recomendar a los cuidadores que hagan lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Programar un examen de Revisión Temprana y Periódica, Diagnóstico y Tratamiento (EPSDT, por sus siglas en inglés) • Programar un examen dental (si el niño no lo ha recibido en los 6 meses anteriores) 	

Lista de verificación para colocación con un cuidador sin licencia

Unlicensed Caregiver Placement Checklist

(RCW 74.15.020(2)(I-IV))

Confidencial

Instrucciones

- Esta información es necesaria para capturar la colocación en FamLink. Proporcione esta información al NCIC.
- Si no se aprueba el código x, se envía una notificación por correo electrónico al trabajador social y este proceso termina. El trabajador social aún puede enviar solicitudes de investigación de antecedentes que no sean de emergencia.
- Si el código X se aprueba, se notifica al trabajador social por teléfono y correo electrónico y se le hacen llegar los siguientes pasos.
- IMPORTANTE:** Si se llevará a cabo la colocación, capture el cuidado y facultades de colocación y el estatus legal.
- Si se llevará a cabo la colocación, envíe la información de este formulario al NCIC, respondiendo directamente a este correo electrónico.
- Si no se llevará a cabo la colocación, la siguiente información no será necesaria y el solicitante no tendrá que someterse a la investigación de huellas dactilares.

NOMBRES DE LOS NIÑOS (Llenar uno por colocación; pueden incluirse varios niños en un documento).		TIPO DE COLOCACIÓN <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Persona apta	FECHA DE COLOCACIÓN
¿La colocación se hará en las próximas 24 horas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombres de los niños que se colocarán juntos:	N.º DE CASO	FECHA DE REMOCIÓN:
Motivo de la remoción: <input type="checkbox"/> Maltrato físico <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Abuso del alcohol del cuidador <input type="checkbox"/> Abuso de drogas del cuidador <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol del niño <input type="checkbox"/> Abuso de drogas del niño <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza ampliado	(Marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Vivienda inadecuada <input type="checkbox"/> Problema conductual del niño <input type="checkbox"/> Discapacidad del niño <input type="checkbox"/> Encarcelamiento del o los cuidadores <input type="checkbox"/> Muerte del o los cuidadores <input type="checkbox"/> Incapacidad de afrontamiento del cuidador <input type="checkbox"/> Desamparo <input type="checkbox"/> Entrega voluntaria (Ley de Seguridad de los Niños Recién Nacidos)	Forma de remoción: <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Custodia física temporal <input type="checkbox"/> VPA <input type="checkbox"/> Otro	NÚM. DE FAMLINK REGIÓN/OFICINA
Información del cuidador principal			
¿Quién es el cuidador principal? Nombre completo		Número del Seguro Social	Afiliación tribal
Seudónimos del cuidador principal (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.)		Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono (principal)
Fecha de nacimiento	Raza	Género M/F/X	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro:
Dirección de la colocación		¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado.	

La relación del cuidador con el niño: <input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Paterno <input type="checkbox"/> Otro:	Dominio limitado del inglés: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma principal:	Verificar licencia de conducir o identificación estatal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	--

Todas las demás personas de 16 años de edad o más que vivan en el hogar. (Use hojas adicionales si es necesario para otros miembros del hogar de 16 años o más)

Nombre legal completo	Seudónimos (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.)	Afiliación tribal	BAF completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------	--	-------------------	---

Fecha de nacimiento	Raza	Género M/F/X	Número del Seguro Social	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro:
---------------------	------	--------------	--------------------------	---

Verificar licencia de conducir o identificación estatal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono
--	----------------------------------	--------------------

La relación del cuidador con el niño: <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna <input type="checkbox"/> Otro:	¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado.
--	---

Nombre legal completo	Seudónimos (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.)	Afiliación tribal	BAF completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------	--	-------------------	---

Fecha de nacimiento	Raza	Género M/F/X	Número del Seguro Social	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro:
---------------------	------	--------------	--------------------------	---

Verificar licencia de conducir o identificación estatal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono
--	----------------------------------	--------------------

La relación del cuidador con el niño: <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna <input type="checkbox"/> Otro:	¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado.
--	---

Nombre legal completo	Seudónimos (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.)	Afiliación tribal	BAF completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
-----------------------	--	-------------------	---

Fecha de nacimiento	Raza	Género M/F/X	Número del Seguro Social	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro:
---------------------	------	--------------	--------------------------	---

Verificar licencia de conducir o identificación estatal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono
--	----------------------------------	--------------------

La relación del cuidador con el niño: <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna <input type="checkbox"/> Otro:	¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado.
--	---

Nombre legal completo		Seudónimos (nombre de soltera, nombre de nacimiento, apodos, etc.)		Afilación tribal		BAF completo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento	Raza	Género M/F/X	Número del Seguro Social	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Otro:			
Verificar licencia de conducir o identificación estatal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dirección de correo electrónico:		Número de teléfono			
La relación del cuidador con el niño: <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Paterna <input type="checkbox"/> Otro:			¿Ha vivido usted en el Estado de Washington de forma consecutiva los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no lo ha hecho, por favor indique la ciudad, estado y años de residencia en otro estado.				

¿El cuidador u otra persona que reside en el hogar tiene algún comportamiento, trastorno o limitación que podría afectar la salud y la seguridad del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:	
Comentarios/Dudas que podrían afectar la idoneidad de la colocación:	
QUIÉN PROPORCIONÓ ESTA INFORMACIÓN: <input type="checkbox"/> Madre biológica <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Otro familiar: <input type="checkbox"/> Otra persona apropiada:	FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL

INFORMACIÓN CONTACTO DE EMERGENCIA				
En el estado:	NOMBRE DEL CONTACTO		NOMBRE DEL CONDADO	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO <input type="checkbox"/>
NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA		NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
Fuera del	NOMBRE DEL CONTACTO		NOMBRE DEL CONDADO	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO <input type="checkbox"/>
NÚMERO TELEFÓNICO DE CASA		NÚMERO TELEFÓNICO DEL TRABAJO	NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO