

## Acuerdo de colocación Placement Agreement

NIÑO / JOVEN COLOCADO	FECHA DE NACIMIENTO	NIÑO / JOVEN COLOCADO	FECHA DE NACIMIENTO
Son colocado(s) con:			

**Este acuerdo de colocación brinda información importante y necesaria para garantizar la seguridad y el bienestar del niño o los niños colocados en su hogar. La información sobre los niños/jóvenes y sus familias es confidencial y sólo debe ser proporcionarse a personas involucradas directamente en el plan del caso. Consulte al trabajador social asignado a su caso para que le explique cómo proporcionar información a otras personas.**

### Información de contacto:

#### Contactos regulares y necesidades cotidianas

El trabajador social del menor colocado bajo su cuidado es \_\_\_\_\_ .  
 Puede llamarle al teléfono \_\_\_\_\_ o enviarle correo electrónico a \_\_\_\_\_ .  
 Trabaja en la oficina de \_\_\_\_\_. El número de teléfono de la oficina es \_\_\_\_\_. La oficina está abierta durante el horario de atención regular, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

#### Contactos de emergencia

En caso de emergencias diurnas relacionadas con la colocación, llame al trabajador social o a su oficina. Asegúrese de comunicar que tiene una emergencia relacionada con la colocación y que necesita hablar con alguien de inmediato.

En caso de emergencias relacionadas con la colocación fuera del horario de atención o para denunciar maltrato o abandono infantil de lunes a viernes de 5:00 p.m. a 8:00 a.m., y los fines de semana y días feriados a cualquier hora, llame a Ingreso Central al teléfono 1-800-301-1868.

Si usted o cualquier miembro de su hogar está en peligro o sufre una emergencia médica, llame al 911 y solicite ayuda de la policía.

### Requisitos para niños y jóvenes en los primeros 30 días de su colocación

Hay requisitos especiales durante los primeros 30 días para los niños y jóvenes que acaban de ser separados de sus familias.

Me comprometo a:

- Programar y asistir a las citas necesarias que se indican a continuación, y seguir todas las recomendaciones que se hagan durante las citas.

Informar al trabajador social asignado sobre todas las inquietudes, recomendaciones y acciones de seguimiento indicadas en las citas.

#### Necesario

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Un examen médico inicial tan pronto como sea posible; a más tardar 5 días después del ingreso inicial a la atención. Obligatorio cuando un menor tiene una enfermedad que no constituya una emergencia, un problema médico crónico, una lesión o un problema de salud. Los problemas urgentes deben recibir tratamiento en el departamento de emergencias o en atención de urgencias. (Si se realiza un examen EPSDT en los primeros cinco días, el examen médico inicial ya no es necesario).
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Es obligatorio realizar un examen médico de rutina llamado "revisión, diagnóstico y tratamiento precoz y periódico" (EPSDT, por sus siglas en inglés) en los primeros 30 días de atención fuera del hogar.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Realizar un examen dental en un plazo de 60 días.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Un examen con el personal del programa de Seguimiento de Salud y Educativo del Menor (CHET, por sus siglas en inglés). Nota: un evaluador de CHET se comunicará con usted para hacer una cita.

## Requisitos permanentes para niños y jóvenes

Me comprometo a:

- Programar y asistir a servicios médicos, dentales y de salud mental de manera constante, incluyendo un examen [EPSDT](#) según el programa de exámenes recomendado:
  - 6 exámenes en el primer año de vida (al nacer y al cumplir 1, 2, 4, 6 y 9 meses);
  - 5 exámenes entre los 1 y 3 años de edad (a los 12, 15, 18, 24 y 30 meses);
  - Exámenes anuales de los 3 a los 20 años de edad.

Puede ver más información en <https://www.dcyf.wa.gov/services/health-for-youth/epsdt>.

Use el [vale para servicios farmacéuticos y médicos temporales para menores en cuidado de crianza](#) para hacer citas o surtir medicamentos ya recetados, hasta que reciba la tarjeta de Provider One del menor. Si no recibió un vale, visite el [sitio de internet de Coordinated Care](#) e imprima un vale, <https://bit.ly/3NGFfyf>

- Mantener al niño o joven inscrito en la escuela a la que asiste ahora, a menos que el trabajador social indique algo diferente. Hable con el trabajador social si cree que necesitan hablar sobre una nueva escuela.
- Apoyar la relación del niño o joven con sus padres y hermanos, brindando tiempo familiar (visitas).
- Apoyar las necesidades específicas del niño o joven en lo referente a raza, religión, cultura, orientación sexual e identidad de género. Esto incluye participar en actividades culturales, educativas y espirituales en su hogar y comunidad, incluyendo actividades tribales en la comunidad tribal o familia tribal extendida del niño o joven.
- Pedir ayuda al trabajador social si necesita ayuda para controlar las conductas del niño o joven. Usted no puede aplicar ningún castigo corporal (físico).
- Participar en las reuniones de planificación conjunta. Una reunión de planificación conjunta es una oportunidad para ofrecer opiniones y expresar sus ideas sobre la seguridad, permanencia y bienestar del niño o joven.
- Informar al trabajador social sobre:
  - Sus inquietudes respecto al niño o joven, como las relacionadas con problemas de maltrato o abandono, médicos, conductuales, del desarrollo o educativos.
  - Cuando necesite apoyo para cuidar al niño o joven. Pedir apoyo y ayuda es una parte normal de la crianza y no significa que usted sea incapaz de cuidar del niño o joven.
  - Si el niño o joven tiene que mudarse de su hogar, debe dar aviso al trabajador social asignado al menor por lo menos con 14 días de anticipación, excepto en casos de emergencia, para permitir que se haga una planificación apropiada.

## Requisitos para los bebés de cero a un año

Me comprometo a:

- Seguir las directrices de sueño seguro.

\_\_\_\_\_ Escriba aquí sus iniciales para confirmar que entiende el sueño seguro y que se compromete a seguir las prácticas indicadas en las [directrices de sueño seguro](#). Puede consultarlas en [https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/2019-02/Safe\\_Sleep\\_Environ\\_update.pdf](https://www.nichd.nih.gov/sites/default/files/2019-02/Safe_Sleep_Environ_update.pdf).

- Ver el video sobre el [período de llanto inconsolable](#) y seguir las estrategias para el llanto inconsolable. Puede consultarlas en <http://www.purplecrying.info/what-is-the-period-of-purple-crying.php>.

\_\_\_\_\_ Escriba aquí sus iniciales para confirmar que ha visto el video sobre el período de llanto inconsolable, que entiende los conceptos y que se compromete a seguir las estrategias explicadas en el video.

- Seguir el plan de cuidado seguro (cuando haya uno)

\_\_\_\_\_ Escriba aquí sus iniciales para confirmar que fue incluido en la elaboración del plan de cuidado seguro.

\_\_\_\_\_ Escriba aquí sus iniciales para confirmar que recibió una copia del plan de cuidado seguro.

## Requisitos para parientes u otros cuidadores aptos sin licencia

Me comprometo a:

- Permitir que se haga una investigación de antecedentes penales y una revisión de maltrato y abandono de menores de todas las personas de 16 años o más que puedan tener acceso regular no supervisado al niño o joven. [Consultar la guía de crianza prudente](#).
- Asegurarme de que todos los miembros del hogar que tengan que permitir que se tomen sus huellas dactilares asistan a sus citas y hagan su toma de huellas dactilares a más tardar 10 días después de que se apruebe la colocación.
- Informar al trabajador social asignado sobre todos los cambios en las personas que residen en la vivienda, para hacer las investigaciones de antecedentes penales y revisiones de maltrato y abandono de menores que sean necesarias.
- Participar activamente en un estudio del hogar familiar realizado por la División de Licencias.
- Permitir al DCYF el acceso a mi hogar y al niño o joven colocado en mi hogar.

Me interesa obtener una licencia para cuidar a este niño o menor específico. Sí  No   
 Recibí una copia del formulario de remisión a información/colocación del menor [DCYF 15-300](#). Sí  No

## Requisitos para el DCYF

El DCYF se compromete a:

- Proporcionarle la información conocida y disponible sobre las necesidades médicas, educativas, psicológicas y conductuales del niño o joven.
- Elaborar un plan de apoyo para el cuidador [DCYF 10-428](#) si brinda cuidados a un menor médicamente frágil.
- Darle aviso oportuno sobre las audiencias judiciales, reuniones de planificación conjunta y tiempo familiar.
- Proporcionarle información acerca de:
  - Licencias de cuidado de crianza <https://www.dcyf.wa.gov/services/foster-parenting>
  - Capacitación por medio de Alliance <https://cpe.socialwork.uw.edu/alliance-courses>
  - Apoyos al cuidador por medio de Alliance CaRES <https://alliancecares.org/>
  - Beneficios financieros de TANF
  - Cobertura médica y de Medicaid
  - Otros servicios disponibles
- Terminar el estudio de su hogar familiar.

El niño o menor está bajo la custodia del DCYF y puede ser retirado si el tribunal determina que:

- La salud, la seguridad o el bienestar del menor estarían en riesgo,
- La colocación está interfiriendo con los esfuerzos de reunificación,

O si el menor está colocado con un acuerdo de colocación voluntaria (VPA, por sus siglas en inglés):

- Se decide que esta colocación no es lo mejor para el niño o joven,
- Se infringe cualquier parte del presente acuerdo.

## Firmas

CUIDADOR	CUIDADOR	TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO AL CASO
FECHA	FECHA	FECHA

## Información sobre apoyos adicionales

- Mantenga un registro de los gastos de transporte en el formulario de reembolso mensual de transporte del cuidador disponible en [https://www.dcyf.wa.gov/forms?field\\_number\\_value=07-090&title=](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=07-090&title=).
- Solicite un vale de ropa para los niños o menores en su colocación primera o inicial.
  - Los cuidadores pueden solicitar vales de ropa adicionales si el niño o joven tiene una necesidad de ropa que sea única o excepcional y que no sea satisfecha con los recursos locales en su comunidad o con la asignación estándar para ropa del pago mensual de cuidado de crianza (si el menor está colocado en un hogar de crianza con licencia).
  - Para recibir ayuda para encontrar un proveedor o para coordinar la atención de necesidades médicas o conductuales, comuníquese con Apple Health Core Connections (AHCC): Llame al teléfono 1-844-354-9876 y luego oprima 1 y marque la extensión 6102194
  - Envíe correo electrónico a [AHCCTeam@coordinatedcarehealth.com](mailto:AHCCTeam@coordinatedcarehealth.com).
- La tarjeta de cobertura de seguro médico del niño o joven se le enviará por correo.
  - A los cuidadores se les envía por correo una nueva tarjeta de cobertura médica. Mientras espera la tarjeta, puede pedirle al trabajador social que busque en FamLink el número de identificación del niño o joven para Provider One o Apple Health Core Connections.
- Use el registro médico ([https://www.dcyf.wa.gov/forms?field\\_number\\_value=10-455&title=](https://www.dcyf.wa.gov/forms?field_number_value=10-455&title=)) para documentar sus citas médicas y dentales, sus contactos y las recomendaciones de las citas.

- Comuníquese con el programa de Retención, Educación y Apoyo a Cuidadores (CaRES, por sus siglas en inglés) de Alliance para recibir apoyos durante su proceso de cuidado de crianza o cuidado de parientes. En el programa vinculan a los cuidadores con mentores en situación similar que pueden escuchar, resolver problemas y ayudar a encontrar recursos locales. Visite el sitio de internet de CaRES para recibir información acerca de grupos de apoyo, eventos, ¡y más!
  - Visite el sitio de internet de CaRES <https://alliancecares.org/>
  - Correo electrónico [alliancecares@uw.edu](mailto:alliancecares@uw.edu)
  - Llame al 206-221-4913
- Hay más recursos e información disponibles en las páginas de internet sobre cuidado de crianza y cuidado de parientes del DCYF en <https://www.dcyf.wa.gov/services/foster-parenting>.



This certifies that / Por este medio se certifica que

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is a Caregiver with the State of Washington  
Department of Children, Youth, and Families  
Es un(a) cuidador(a) del Departamento de Niños,  
Jóvenes y Familias del Estado de Washington

\_\_\_\_\_  
*Authorizing Signature LIC\_0014A (08-2020)*  
*Firma autorizada LIC\_0014A (08-2020)*

\_\_\_\_\_  
*Expiration Date (One Year)*  
*Fecha de vencimiento (un año)*