

## Departamento de Seguro Económico de Arizona SOLICITUD DE LICENCIA/CERTIFICACIÓN PARA

### Hogar Temporal u Hogar de Desarrollo para Adultos, o Certificación para Adopción

**Instrucciones:** Sírvase incluir hojas adicionales si las necesita para rellenar esta solicitud. Para solicitar una Licencia de Hogar Temporal o una Licencia de Hogar de Desarrollo para Adultos, cada solicitante tiene que rellenar una solicitud por separado salvo cuando estén legalmente casados; las parejas casadas solicitan conjuntamente. Para solicitar un Certificación para Adopción, las parejas casadas solicitan conjuntamente pero, si no están casados, sólo una persona de la pareja puede solicitar la certificación.

Favor de marcar () el tipo de licencia o certificación que solicita:  Licencia de Hogar de Desarrollo para Adultos  
 Licencia de Hogar Temporal (ACYF o DDD)  Certificación para Adopción  Licencia de Hogar Temporal y Certificación para Adopción

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL SOLICITANTE (*apellido, primer nombre, segundo nombre*) NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

OTROS NOMBRES QUE HA USADO EL SOLICITANTE (*nombre de nacimiento, matrimonios anteriores, cambio de nombre legal, etc.*)

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL CÓNYUGE (*apellido, primer nombre, segundo nombre*) NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

OTROS NOMBRES QUE HA USADO EL CÓNYUGE (*nombre de nacimiento, matrimonios anteriores, cambio de nombre legal, etc.*)

DIRECCIÓN FÍSICA (*calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP*) NÚMERO DE TELÉFONO  
(    )

DIRECCIÓN POSTAL COMPLETA (*si es diferente a la dirección física*)

### INFORMACIÓN PERSONAL

	SOLICITANTE	CÓNYUGE
<b>Nacimiento</b>	Fecha de nacimiento _____ Lugar ( <i>ciudad, estado, país</i> ) _____	Fecha de nacimiento _____ Lugar ( <i>ciudad, estado, país</i> ) _____
	¿Es Ud. residente legal de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es Ud. residente legal de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Género</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Estado civil actual</b> <small>Incluya copia de la licencia de matrimonio o decreto del tribunal, lo que sea pertinente.</small>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Educación</b> <small>Indique el grado educativo más alto obtenido y el campo de especialización, si es pertinente.</small>		
<b>Historia de empleo</b> <small>Proporcione información de los últimos 10 años.</small>	Nombre del empleador actual: _____ Dirección: _____ Tel.: (    ) _____ Puesto: _____ Hrs. de trabajo: _____ Fecha de comienzo: _____	Nombre del empleador actual: _____ Dirección: _____ Tel.: (    ) _____ Puesto: _____ Hrs. de trabajo: _____ Fecha de comienzo: _____
	Nombre de empleador anterior: _____ Puesto: _____ Fechas de empleo: _____ a _____	Nombre de empleador anterior: _____ Puesto: _____ Fechas de empleo: _____ a _____
	Nombre de empleador anterior: _____ Puesto: _____ Fechas de empleo: _____ a _____	Nombre de empleador anterior: _____ Puesto: _____ Fechas de empleo: _____ a _____

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato, llame al 602-347-6340.

	SOLICITANTE	CÓNYUGE
<b>Residencia</b> Liste todas las direcciones donde ha vivido durante los últimos 10 años antes de su dirección actual.	Dirección: _____ Cuánto tiempo en esta dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Dirección: _____ Cuánto tiempo en esta dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Dirección: _____ Cuánto tiempo en esta dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____	Dirección: _____ Cuánto tiempo en esta dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Dirección: _____ Length of time at this address: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Dirección: _____ Cuánto tiempo en esta dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
<b>Experiencia</b> Resuma su experiencia en cuidar o supervisar a niños o adultos vulnerables. Si es necesario, agregue otra hoja separada para resumir su experiencia.		
¿Alguna vez ha <b>solicitado</b> certificación o licencia en algún estado para cuidar de un niño o adulto vulnerable (por ejemplo adopción, cuidado de niños en el hogar, centro de cuidado de niños, cuidado temporal, vivienda asistida, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿le otorgaron licencia/certificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Qué tipo de cuidado: _____ Fechas autorizadas: _____ Estado que le autorizó: ¿Alguna vez le han negado, suspendido o revocado una licencia o certificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿le otorgaron licencia/certificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Qué tipo de cuidado: _____ Fechas autorizadas: _____ Estado que le autorizó: ¿Alguna vez le han negado, suspendido o revocado una licencia o certificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Posee usted una <b>licencia de conducir</b> válida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estado _____ Núm. de ID: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Estado _____ Núm. de ID: _____
Identifique su <b>etnicidad</b> . (Esta información es sólo para propósitos estadísticos e informes federales.)	<input type="checkbox"/> Indígena norteamer. Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispánica o Latina <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Indígena norteamer. Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispánica o Latina <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otra isla del Pacífico

### REFERENCIAS DE CARÁCTER

Nombre a cinco individuos quienes le hayan conocido bien durante varios años y puedan testificar acerca de su carácter. Por lo menos dos de sus referencias tienen que estar familiarizados con el hogar de Ud. No más de dos de sus referencias puede tener parentesco con usted.

Nombre	Dirección postal	Número de teléfono	Relación o título	Número de años que se conocen
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		
		( )		

### REFERENCIAS ESCOLARES

Si usted tiene niños de edad escolar, dé el nombre de por lo menos un individuo familiar con su niño(a) y la medida en que usted se involucra en la educación de su niño (por ejemplo un maestro, consejero, administrador, etc.).

Nombre	Dirección postal	Número de teléfono	Posición o título	Número de años que se conocen
		( )		
		( )		

### INFORMACIÓN ACERCA DE SU HOGAR

Favor de proporcionar la información siguiente acerca de cada persona, aparte de usted y su cónyuge, quien al presente reside en su hogar.

Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Núm. de Seguro Social (de personas de 17 o más años de edad)	Relación con el solicitante (hijo/a, hermano/a, amigo/a, etc.)	Tiempo que lleva residiendo en el hogar
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

### PERSONAS QUIENES RESIDEN EN SU HOGAR

- Sí  No Además de las personas listadas arriba, ¿habrá otros individuos residiendo en su casa?  
 Sí  No Si es así, ¿tendrán ellos acceso directo o no supervisado a un niño temporal o adoptivo o un adulto vulnerable colocado en su hogar? Si respondió que sí a cualquiera de estas preguntas, proporcione la información siguiente:

Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Núm. de Seguro Social (de personas de 17 o más años de edad)	Relación con el solicitante (pariente, huésped, etc.)	Tiempo que lleva residiendo en la casa
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

### HIJOS MENORES Y ADULTOS QUIENES NO RESIDEN EN SU HOGAR

Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Dirección postal actual	Número de teléfono
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		( )
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		( )
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		( )
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		( )

### DIVULGACIÓN DE ACCIONES CIVILES Y REGISTROS DE TRIBUNAL

Favor de indicar si usted alguna vez ha estado involucrado(a) en algo de lo siguiente:

Solicitante Cónyuge

- |                          |                          |                                                                                  |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alegato de abuso o negligencia de un menor o un adulto vulnerable                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alegato de abandono de un menor o un adulto vulnerable                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acción de dependencia relacionada con un menor                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Registro substanciado de maltrato de un menor o maltrato de un adulto vulnerable |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Delincuencia o incorregibilidad con respecto a alguno de sus hijos               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Separación o terminación de los derechos como padre/madre (TPR)                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Procedimientos de ejecución de sustento de menores                               |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Adopción                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Custodia de menores                                                              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Procedimientos criminales                                                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Declaración de quiebra                                                           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Demanda entablada contra usted                                                   |

### ACCIÓN DEL TRIBUNAL O AGENCIA

Nombre	Fecha	Ciudad y estado del tribunal	Naturaleza de la acción	Resultado

¿Alguna vez le han arrestado a usted o a alguien de su hogar?  Sí  No Si es así, rellene a continuación

### INFORMACIÓN ACERCA DE ARRESTOS

Nombre	Fecha del arresto	Ciudad y estado del arresto	Acusación	Decisión

### INFORMACIÓN FINANCIERA

**Ingreso promedio**

	Mensual
Solicitante (neto o después de deducciones)	_____
Cónyuge (neto o después de deducciones)	_____
Intereses o dividendos	_____
Otro ingreso ( <i>especifique</i> ):	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Total de ingresos netos mensuales</b>	_____

**Recursos adicionales**

Sustento de menores	_____
Subsidio de adopción	_____
Alquiler o contribuciones del hogar	_____
Otro ingreso ( <i>especifique</i> ):	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Total de recursos adicionales mensuales</b>	_____

**Bienes**

	Equity/Value
Casa	_____
Otra propiedad y bienes inmuebles	_____
Cuentas financieras	_____
Acciones/bonos/401K/pensión por jubilación	_____
Propiedad personal ( <i>muebles, joyas, etc.</i> )	_____
Otros artículos de valor significativo:	_____
_____	_____
<b>Total de bienes</b>	_____

**Gastos promedio**

	Mensual
Hipoteca o alquiler	_____
Impuestos/seguros	_____
Servicios públicos ( <i>electricidad, gas, agua, alcantarilla</i> )	_____
Teléfono, Cable TV, Internet, etc.	_____
Comida y abastos del hogar	_____
Ahorros	_____
Contribuciones caritativas	_____
Cuidado médico/dental	_____
Cuidado de niños	_____
Educación	_____
Sustento de menores	_____
Ropa	_____
Pagos del vehículo	_____
Seguro del vehículo	_____
Operación del vehículo ( <i>gas, mantenimiento, etc.</i> )	_____
Tarjeta de crédito	BALANCE APROX. _____
Tarjeta de crédito	BALANCE APROX. _____
Préstamo	BALANCE APROX. _____
Préstamo	BALANCE APROX. _____
Otras deudas	BALANCE APROX. _____
<b>Total de gastos mensuales</b>	_____

Si usted posee otros recursos no mencionados arriba y que se utilizan o podrían ser utilizados para cumplir sus obligaciones financieras, por favor descríbalos:

**Favor de indicar el tipo de niños o adultos vulnerables que preferiría cuidar:**

Género:  Hombre  Mujer  Cualquiera Edades: entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ Número máximo : \_\_\_\_\_

Si usted solicita Licencia de Hogar Temporal, ¿estaría dispuesto a aceptar más niños para acomodar a un grupo de hermanos o proporcionar cuidado de respiro a corto plazo?  Sí  No

Si usted solicita Certificación para Adopción, ¿consideraría adoptar a un niño con necesidades especiales?  Sí  No

**PREPARATIVOS PARA LA AUTORIZACIÓN (LICENCIA) O CERTIFICACIÓN**

1. Direcciones a su casa, incluso señales e intersecciones principales (*si es pertinente*):

2. ¿En qué distrito escolar está ubicada su casa? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene usted una piscina en la casa?  Sí  No Si la tiene, ¿está cercada?  Sí  No

4. ¿Tiene usted un manantial o una tina de agua caliente?  Sí  No Si tiene, ¿está cercada?  Sí  No

5. ¿Hay otros cuerpos de agua en el local?  Sí  No Si las hay, descríbalos: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuántos dormitorios hay en su casa? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos baños hay en su casa? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuáles son los arreglos para dormir para el niño(s) o adulto(s) vulnerable colocado(s) en su hogar?

8. ¿Fuma alguien en su hogar?  Sí  No

Si es así, especifique los lugares dentro y en los alrededores de la casa donde fuman los miembros del hogar:

9. ¿Tiene usted armas de fuego en la casa?  Sí  No

Si tiene, ¿están todas encerradas bajo llave?  Sí  No

¿Todas las armas tienen los gatillos trabados o de otra manera están inoperables?  Sí  No

10. ¿Tiene usted municiones en la casa?  Sí  No

Si tiene, ¿las mantiene encerradas bajo llave?  Sí  No

¿Están guardadas por separado las armas y las municiones?  Sí  No

11. ¿Tiene usted animales domésticos u otros?  Sí  No

Si tiene, especifique el número y la clase de animal(es):

12. ¿Están al día las vacunas contra rabia de todos los perros en la casa?  Sí  No  N/A

13. ¿Cómo piensa transportar a los niños o adultos vulnerables colocados en su hogar?

Vehículo propio  Amigos/parientes  Transporte público  Otro (*especifique*):

14. ¿Tiene usted seguro para los vehículos que piensa usar para transportar a los niños o adultos vulnerables colocados en su hogar?

Compañía \_\_\_\_\_ Núm. de póliza \_\_\_\_\_

Compañía \_\_\_\_\_ Núm. de póliza \_\_\_\_\_

15. ¿Posee usted o tiene a su disposición actualmente un asiento para automóviles para **infantes**?  Sí  No

Si lo tiene, ¿sabe cómo utilizarlo correctamente?  Sí  No

16. Posee usted o tiene a su disposición actualmente un asiento para automóviles para **niños**?  Sí  No

Si lo tiene, ¿sabe cómo utilizarlo correctamente?  Sí  No

17. ¿Está su vehículo equipado una con bolsa de aire para el asiento del pasajero del frente?  Sí  No

Si lo está, ¿está usted al tanto de las recomendaciones de seguridad de que no se transporte a niños de 12 y menos años de edad en el asiento del pasajero del frente?  Sí  No

18. El reglamento de DES prohíbe transportar a niños en el lecho de una camioneta. ¿Está Ud. dispuesto a acatar esta regla?  Sí  No

## DECLARACIONES DE COMPRENSIÓN

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que mi solicitud autoriza al Departamento de Seguro Económico y a la Agencia de Otorgamiento de Licencias a realizar investigaciones sólo para propósitos de otorgar Licencia y Certificación.

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que el proporcionar información falsa o la representación intencional de información falsa en esta solicitud puede resultar en la denegación o revocación de mi licencia de hogar temporal y/o certificación para adopción.

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que la licencia o certificación no garantiza la colocación de un niño o adulto vulnerable en mi hogar.

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que los castigos físicos y corporales son métodos de disciplina prohibidos en el cuidado y la supervisión de niños temporales y adoptivos o adultos vulnerables.

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que está estrictamente prohibido utilizar o ilegalmente abusar de bebidas alcohólicas o drogas recetadas mientras yo esté a cargo del cuidado, la supervisión o el transporte de niños temporales o adoptivos o de adultos vulnerables. Además comprendo que la utilización o posesión de cualquier cantidad de marihuana, cocaína, heroína o cualquier droga o intoxicante considerado ilegal está estrictamente prohibido mientras solicito licencia o certificación y mientras yo posea licencia o certificación.

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que la Ley de las Disposiciones de Adopción Interétnica de la Ley para Protección de Empleos en Negocios Pequeños del 1996 (Ley Pública 104-188) prohíbe denegar licencia para cuidado temporal o certificación para adopción por motivo de mi raza, color u origen nacional, o por motivo de la raza, el color o el origen nacional del niño involucrado.

### ESPECÍFICAMENTE PARA SOLICITANTES DE LICENCIA DE HOGAR TEMPORAL Y HOGAR DE DESARROLLO PARA ADULTOS:

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que los reembolsos por cuidado temporal son para costear las necesidades del niño o adulto vulnerable, y que no constituyen una fuente de ingresos adicional.

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que el proceso de solicitud completo incluye verificación del cumplimiento de todas las reglas para otorgamiento de licencias, incluso entrenamiento antes de prestar servicios, huellas dactilares, investigación de historia criminal y registro de servicios protectores, una inspección de seguridad de mi hogar, una evaluación de todos los miembros de mi hogar, un análisis de mi estabilidad financiera y una declaración de mi médico acerca de mi estado de salud.

### ESPECÍFICAMENTE PARA SOLICITANTES DE CERTIFICACIÓN DE ADOPCIÓN:

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que si acepto adoptar a un niño fuera del Departamento de Seguro Económico quien no está bajo tutela del tribunal de este o cualquier otro estado, el Departamento de Seguro Económico cobrará las tarifas por la investigación y el informe de la investigación para adopción conforme a A.R.S. § 8-105 y a la Regla Administrativa 6-5-6509.

\_\_\_\_\_  
INICIALES Comprendo que el proceso de solicitud completo incluye verificación del cumplimiento de todas las reglas para certificación, incluso orientación o entrenamiento antes de prestar servicios, huellas dactilares, investigación de historia criminal y registro de servicios protectores, una evaluación de todos los miembros de mi hogar, un análisis de mi estabilidad financiera y una declaración de mi médico acerca de mi estado de salud.

_____ FIRMA DEL SOLICITANTE	_____ FECHA
_____ FIRMA DEL SOLICITANTE	_____ FECHA