



DIVINITY FAMILY SERVICES

APLICACIÓN DE PADRES DE CRIANZA

Solicitante #1

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M H

Edad: _____ Etnicidad: _____

Número de seguridad social :

Número de carnet de conducir:

Idiomas hablados: _____

Religión: _____

Occupation: _____

Annual Salary: _____

Grado más alto completado en la escuela:

Asististe a la universidad: _____

Título obtenido: _____

Estado civil: _____

Si está casado, Fecha: _____

Solicitante # 2

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Gender: M H

Edad: _____ Etnicidad: _____

Número de seguridad social :

Número de carnet de conducir:

Idiomas hablados: _____

Religión: _____

Ocupación: _____

Salario anual: _____

Grado más alto completado en la escuela:

Asististe a la universidad: _____

Título obtenido: _____

Estado civil: _____

Si está casado, Fecha: _____



Solicitante #1

Te has divorciado: S / N

Solicitante # 2

Te has divorciado: S / N

Indique el nombre de todos los cónyuges anteriores, fecha de matrimonio (s) a cónyuges anteriores, divorcio (s) de cónyuges anteriores y cualquier hijo de la (s) relación (es).

Información de Contacto Para Solicitantes de Padres de Crianza Temporal:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Condado: _____

Correo electrónico: _____

Solicitante #1

Móvil #: _____

Trabajo #: _____

Casa #: _____

Solicitante # 2:

Móvil #: _____

Trabajo #: _____

Casa #: _____



Cómo llegar a su casa::

Intereses Como Padres de Crianza Temporales:

Si usted es cuidador de parientes, ¿por cuánto tiempo ha estado bajo custodia el CPS? _____

¿Qué rango de edad de niños le interesaría criar? _____

¿Consideraría a un niño con una condición de discapacidad? S / N

En caso afirmativo, marque con un círculo todos los que correspondan:

Médico Físico Emocional

¿Considerarías crear hermanos? S / N

Niños / Otros Adultos en El Hogar:

1) Nombre: _____

2) Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M H

Sexo: M H

Edad: ____ Etnicidad: _____

Edad: ____ Etnicidad: _____

Idiomas hablados: _____

Idiomas hablados: _____

Ocupación: _____

Ocupación: _____

Grado más alto completado en la escuela:

Grado más alto completado en la escuela:

Salario bruto anual: _____

Salario bruto anual: _____

Relación con el solicitante # 1: _____

Relación con el solicitante # 1: _____

Relación con el solicitante # 2: _____

Relación con el solicitante # 2: _____



3) Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M H

Edad: _____ Etnicidad: _____

Idiomas hablados: _____

Ocupación: _____

Grado más alto completado en la escuela:

Salario bruto anual: _____

Relación con el solicitante # 1: _____

Relación con el solicitante # 2: _____

4) Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: M H

Edad: _____ Etnicidad: _____

Idiomas hablados: _____

Ocupación: _____

Grado más alto completado en la escuela:

Salario bruto anual: _____

Relación con el solicitante # 1: _____

Relación con el solicitante # 2: _____



Mascotas en el Hogar:

1. Nombre de mascota: _____

Perro Gato

Raza de mascotas: _____

Fecha de la última vacunación: _____

Indique la (s) vacunación (es) recibida (s):

3 .Nombre de mascota:

Perro Gato

Raza de mascotas: _____

Fecha de la última vacunación: _____

Indique la (s) vacunación (es) recibida (s):

2.Nombre de mascota: _____

Perro Gato

Raza de mascotas: _____

Fecha de la última vacunación: _____

Indique la (s) vacunación (es) recibida (s)

4. Nombre de mascota: _____

Perro Gato

Raza de mascotas: _____

Fecha de la última vacunación: _____

Indique la (s) vacunación (es) recibida (s):



EMPLEO E INGRESOS

Solicitante # 1:

Nombre: _____

Patrón Corriente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Supervisor: _____

Permiso para contactar al empleador: S N

Salario mensual: _____ Fecha de contratación: _____

Horas laborales: _____

Empleador Anterior: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Supervisor: _____

Permiso para contactar al empleador: S N

Salario mensual: _____ Fecha de contratación: _____

Horas laborales: _____

Razón para dejar el trabajo: _____

Empleador Anterior: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Supervisor: _____

Permiso para contactar al empleador: S N



Salario mensual: _____ Fecha de contratación: _____

Horas laborales: _____

Razón para dejar el trabajo: _____

*** Adjunte un currículum que indique su historial laboral completo**

Solicitante # 2:

Nombre: _____

Patrón Corriente: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Supervisor: _____

Permiso para contactar al empleador: S N

Salario mensual: _____ Fecha de contratación: _____

Horas laborales: _____

Empleador Anterior: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Supervisor: _____

Permiso para contactar al empleador: S N

Salario mensual: _____ Fecha de contratación: _____

Horas laborales: _____

Razón para dejar el trabajo: _____



Empleador Anterior: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Supervisor: _____

Permiso para contactar al empleador: S N

Salario mensual: _____ Fecha de contratación: _____

Horas laborales: _____

Razón para dejar el trabajo: _____

Empleador Anterior: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Supervisor: _____

Permiso para contactar al empleador: S N

Salario mensual: _____ Fecha de contratación: _____

Horas laborales: _____

Razón para dejar el trabajo: _____

**** Adjunte un curriculum que indique su historial laboral completo***



OTRAS FUENTES DE INGRESO:

Indique la naturaleza y cantidad de cualquier otra fuente de ingresos.

Solicitante #1

Seguridad Social _____

Food Stamps _____

Jubilación _____

Public Assistance _____

Manutención de los hijos _____

Discapacidad _____

Propiedad de alquiler _____

Otro _____

Solicitante #2

Seguridad Social _____

Cupones de alimentos _____

Jubilación _____

Asistencia pública _____

Manutención de los hijos _____

Discapacidad _____

Propiedad de alquiler _____

Otro _____

EXPERIENCIA DE CUIDADO INFANTIL

¿Tienes alguna experiencia previa trabajando con niños? Si es así, por favor describe.

¿Tiene alguna experiencia previa trabajando con niños que tienen problemas de conducta y / o emocionales o que están clasificados como personas con necesidades especiales? Si es así, por favor describe.

¿Alguna vez ha solicitado con otra agencia de colocación de niños para ser un padre de crianza temporal? S / N

Nombre de la agencia: _____

Dirección de la agencia: _____

Número de teléfono de la agencia: _____

¿Su casa está actualmente autorizada, regulada, aprobada u operada por otra agencia? S / N



En caso afirmativo, indique el nombre de la agencia:

¿Tiene su casa actualmente licencia para proporcionar servicios de guardería? S / N

En caso afirmativo, indique el nombre de la agencia: _____

¿Le han negado alguna vez una licencia o renovación de cuidado de crianza o le han revocado su licencia? S / N

En caso afirmativo, explique e indique por qué organismo recibió la licencia en ese momento: _____

HISTORIA CRIMINAL

(Sea lo más completo y completo posible. Las condenas penales no necesariamente lo descalifican para convertirse en padre de crianza).

¿Alguna vez ha sido acusado, arrestado y / o condenado por algún delito menor o delito grave? S / N

En caso afirmativo, explíquelo porfavor. Asegúrese de incluir la fecha del incidente y la resolución: _____

¿Alguien en su hogar o personas que visitan su hogar han sido acusados, arrestados y / o condenados por algún delito o delito menor? S / N

En caso afirmativo, explíquelo porfavor. Asegúrese de incluir la fecha del incidente y la resolución: _____

¿Alguna vez ha sido denunciado por abuso o negligencia de un niño o niños? S / N

En caso afirmativo, explíquelo porfavor. Asegúrese de incluir la fecha del incidente y la resolución: _____

¿Alguna vez ha sido condenado por abuso o negligencia de un niño o niños? S / N

En caso afirmativo, explíquelo porfavor. Asegúrese de incluir la fecha del incidente y la resolución: _____

¿Alguna vez alguien en su hogar o alguien que visita el hogar ha sido denunciado por abuso o descuido de un niño o niños? S / N



En caso afirmativo, explíquelo porfavor. Asegúrese de incluir la fecha del incidente y la resolución: _____

¿Alguna vez alguien en su hogar o alguien que visita el hogar ha sido condenado por abuso o negligencia de un niño o niños? S / N

En caso afirmativo, explíquelo porfavor. Asegúrese de incluir la fecha del incidente y la resolución: _____

Enumere las multas de tráfico recibidas en los últimos tres (3) años, incluidas las infracciones de tránsito, DWI, etc. Indique la resolución de esas citas: _____

Como parte del proceso de solicitud, es necesario que se complete una verificación de antecedentes penales para cada solicitante. Complete el formulario adjunto 2971 e incluya una copia de su licencia de conducir y su tarjeta de Seguro Social para la verificación de identidad con esta aplicación. Por favor, firme a continuación dando su consentimiento para su verificación de antecedentes penales.

Solicitante #1: _____

Fecha: _____

Solicitante #2: _____

Fecha: _____

Tenga en cuenta que: antes de la verificación de un hogar de crianza, puede ser necesario completar la misma verificación de antecedentes para ciertas personas que viven en el hogar.



AMBIENTE EN EL HOGAR

¿Tiene usted una piscina? S / N

¿Tienes un trampolín? S / N

Si es así, explique cómo proporcionará la seguridad de un niño:

¿Tiene algún tipo de arma (s) / arma de fuego? S / N

Si es así, enumere TODAS las armas de fuego, indicando cómo se almacenan, cómo se almacenan las municiones, y cómo se asegurará la seguridad de los niños:

¿Tiene algún material explosivo y / o proyectiles como dardos, flechas, BBs, etc.? S / N

De ser así, indique dónde están almacenados, así como su plan de seguridad para mantenerlos fuera del alcance de los niños.



REFERENCIAS

Indique cuatro (4) referencias, dos (2) que son amigos o profesionales de los que ha tenido conocimiento aproximadamente de tres (3) años y luego dos (2) miembros de la familia, a quienes podemos contactar para una referencia.

1. **Nombre:** _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación: _____

2. **Nombre:** _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación: _____



3. **Nombre:** _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación: _____

4. **Nombre:** _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Relación: _____



NIÑOS ADULTOS

Indique todos los hijos adultos para el Solicitante n. ° 1 y el Solicitante n. ° 2.

1. **Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electr _____

Padre (s) del niño adulto: _____

2. **Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electr _____

Padre (s) del niño adulto: _____



3. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electr _____

Padre (s) del niño adulto: _____

4. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electr _____

Padre (s) del niño adulto: _____

5. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electr _____

Padre (s) del niño adulto: _____



ASEGURAMIENTO DEL SOLICITANTE

Por la presente declaro que la información provista por mí / nosotros en esta Aplicación para Padres de Crianza Temporal es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. Damos / doy / nuestro permiso para que se verifique esta información y yo / nosotros entendemos que si se encuentra que esta información es inexacta o falsa, esto puede ser motivo para terminar cualquier consideración posterior de mi / nuestra solicitud. Doy mi consentimiento para contactar a cualquier agencia, empleador, compañía, amigo o familiar.

Solicitante #1: _____

Fecha: _____

Solicitante #2: _____

Fecha: _____



INFORMACIÓN FINANCIERA

Complete por completo la siguiente información financiera (no podemos aceptar y procesar su solicitud sin esta información). Si no tiene un gasto que se detalla a continuación, ingrese un "0" en el espacio provisto. Para todos los demás gastos, ingrese las cifras más recientes de sus facturas o estados de cuenta.

Gastos Mensuales Estimados:

Hipoteca / alquiler (renta): \$ _____

Utilidades (Eléctrico / Gas
Agua / Cable / Internet): \$ _____

Teléfono: \$ _____

Pagos de coches: \$ _____

Seguro de auto: \$ _____

Gasolina / Mantenimiento: \$ _____

Comestibles (mandado): \$ _____

Ropa: \$ _____

Costos de Mascotas (Alimentos /
Vacunas): \$ _____

Salud y Medicina
Seguro: \$ _____

Seguro de vida \$ _____

Pagos con tarjeta de crédito: \$ _____

Préstamo (s): \$ _____

Honorarios legales /
pensión alimenticia: \$ _____

Manutención de los hijos: \$ _____

Entretenimiento: \$ _____

Diverso: \$ _____

Total: \$ _____



Información suplementario para niños con necesidades médicas primarias

Los niños con necesidades médicas primarias incluyen personas que no pueden vivir sin apoyos mecánicos o los servicios de otros debido a condiciones no temporales, que amenazan la vida, que incluyen:

1. Incapacidad para mantener una vía aérea abierta sin asistencia. Esto no incluye el uso de inhaladores para el asma;
2. Incapacidad para alimentarse excepto a través de un tubo de alimentación, un tubo gástrico o una vía parenteral;
3. El uso de técnicas estériles o procedimientos especializados para promover la curación, prevenir infecciones, prevenir la infección o contaminación cruzada o prevenir la ruptura de tejidos; o
4. Múltiples discapacidades físicas, incluidas las deficiencias sensoriales que un niño pueda tener.

DFS se asegurará de que las siguientes pautas estén permitidas en la medida en que se trate de capacitación anual para cuidadores y empleados que brindan servicios a niños con necesidades médicas primarias. Si un hogar de crianza temporal tiene dos padres de crianza temporal, los padres de crianza temporal recibirán un total de 20 horas de capacitación anualmente. Cuatro de estas horas abordarán específicamente las intervenciones de comportamiento de emergencia permitidas por el DFS. Todos los demás cuidadores recibirán 20 horas (cada uno) de capacitación anual específica para las intervenciones de comportamiento de emergencia permitidas por el DFS.

Solo para hogares de hogares de crianza, la capacitación anual de cada persona debe incluir dos horas de capacitación en seguridad del transporte si la persona transporta a un niño en cuidado cuya edad cronológica o de desarrollo es menor de nueve años.

Se observa que los cuidadores que atienden exclusivamente a niños que reciben servicios de tratamiento para necesidades médicas primarias están exentos de los requisitos de capacitación de intervención de conducta de emergencia previa al servicio.

DFS se asegurará de que los cuidadores de los niños que reciben tratamiento para necesidades médicas primarias entiendan que cada niño debe tener una recreación individual diseñada por el equipo de planificación del servicio o profesionales calificados para atender las necesidades individuales del niño. Los cuidadores también verán que el plan se implemente y que el plan sea revisado por el equipo de planificación del servicio o profesionales calificados, según sea necesario. También deben garantizar que se brinde apoyo médico y físico si las actividades recreativas y de tiempo libre lo requieren para el niño que está recibiendo servicios de tratamiento para necesidades médicas primarias. **Physical Activities:** For a child receiving treatment services for primary medical needs, DFS will advise caretakers to see that the child receive the following physical fitness activities: (1) they must have a minimum of one hour of physical stimulation each day; (2) Training programs for non-mobile children must include development of physical fitness. This must include a variety of body positions and changes in environment.

Horarios diarios:

Un niño que recibe servicios de tratamiento para necesidades médicas primarias debe tener un horario diario basado en el principio de normalización. Para ayudar al niño a obtener una existencia lo más normal posible, el cronograma diario debe demostrar una comprensión del desarrollo infantil normal y mejorar el desarrollo físico, emocional y social del niño.

Participación de la comunidad:

Las experiencias de vida en la comunidad y el entorno de un niño que recibe servicios de tratamiento para las necesidades médicas primarias deben reflejar los patrones normales de la vida comunitaria lo más cerca posible y según corresponda para las necesidades especiales del niño.

Para obtener más información sobre los niños con necesidades médicas primarias, envíe una copia del manual de póliza de DFS.



Plan de Comunicación Familiar

Fecha _____

Región _____

Nombre de Familia _____

Donante de cuidado primario

Donante de cuidado secundario _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado Texas Zona Postal

Teléfono Casa (____) _____ Celular (____) _____

Otro teléfono (____) _____

Complete la siguiente información para cada miembro de la familia y manténgala actualizada.

Nombre (1) _____ Nombre (2) _____

Fecha de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Número de seguridad social

Número de seguridad social

Información médica importante _____

Información médica importante _____

Nombre (3) _____

Nombre (4) _____

Fecha de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Número de seguridad social

Número de seguridad social

Información médica importante

Información médica importante

Nombre (5) _____

Nombre (6) _____

Fecha de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Número de seguridad social

Número de seguridad social

Información médica importante

Información médica importante

Nombre (7) _____

Nombre (8) _____

Fecha de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Número de seguridad social

Número de seguridad social

Información médica importante

Información médica importante

Nombre (9) _____

Nombre (10) _____

Fecha de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Número de seguridad social

Número de seguridad social

Información médica importante

Información médica importante

Es posible que su familia no esté junta cuando ocurra un desastre, así que planee cómo se contactarán entre sí y revisen qué hará en diferentes situaciones.

OMBRE DE CONTACTO FUERA DE LA CIUDAD:

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono Alternativa _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Correo Electronico _____

**EI NOMBRE DE SU
FAMILIA** _____

Si planea quedarse en un hotel, ¿en qué ciudad se alojaría?

A dónde ir en una emergencia. Escriba dónde pasa su familia más tiempo: trabajo, escuela y otros lugares que frecuenta. Las escuelas, guarderías, lugares de trabajo y edificios de apartamentos tienen planes de emergencia específicos para cada sitio.

CASA

TRABAJO

Nombre De Compañía _____

Dirección

Dirección _____

Teléfono _____

Teléfono _____

Vehículo (1)

CUIDADOR ESPECIAL

De Placa _____

Nombre _____

Modelo _____

Teléfono _____

Ano _____

Color _____

Vehículo (2)

De Placa _____

Modelo _____

Ano _____

Color _____

CUIDADOR ESPECIAL

Nombre _____

Teléfono _____

Mascota (1)

Nombre _____

Raza _____

Peso _____

Mascota (2)

Nombre _____

Raza _____

Peso _____

Mascota (3)

Nombre _____

Raza _____

Peso _____

Información Importante:

Doctor (s) Nombre, Dirección y Teléfono:

Farmacéutico/Farmacia Dirección y Teléfono:

Veterinario/Perrera (Mascotas) Dirección y Teléfono:



Divinity Family Services

1312 Bandera Hwy

Kerrville, TX 78028

(830)-890-5838

Autorización para la divulgación de información

¿Ha solicitado o ha sido certificado como padre de crianza temporal o proveedor certificado de cuidado de descanso?

Si ___ No ___

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

Yo, (nosotros) _____ por la presente autorizo:

DIVINITY FAMILY SERVICES

Nombre y dirección de la entidad solicitada para divulgar información

Para liberar a **Divinity Family Services, Inc.** el contenido de mi archivo de la familia de crianza o entrenamiento de cuidado de descanso. Esta información incluirá: estudios caseros, verificación criminal y cualquier información relevante de evaluación de riesgos, planos de planta, documentación de entrenamientos iniciales y posteriores, exámenes de TB, licencia de conducir / tarjetas de seguridad social, diplomas, licencia de matrimonio, vacunas de mascotas, incendios y salud Inspecciones y documentación de cualquier investigación de incidentes graves o críticos que hayan ocurrido en el hogar. Esta autorización también incluye todas las comunicaciones verbales entre cualquier persona que divulgue la información y el personal de Divinity Family Services. Esta autorización expirará dentro de los 30 días. Por la presente, libero a la agencia de colocación de niños con licencia, a sus funcionarios y empleados que brindan esta información de cualquier reclamo que pueda surgir de la divulgación de esta información.

También permito que Divinity Family Services comparta el contenido de mi verificación de antecedentes, verificación del Registro Central y verificación del FBI con los empleados del Departamento de Familia y Servicios de Protección de Texas o aquellos individuos asociados con cualquier caso de CPS en el que participe.

Firma del padre de crianza /
proveedor de descanso
social

Fecha de nacimiento

Número de seguridad



Divinity Family Services

CUESTIONARIO DE ESTADO DE SALUD

(Para ser completado por cada miembro de la familia)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Ha tenido un historial de, o tratamiento para, cualquiera de los siguientes?

	No	SI		No	SI		No	SI
Condiciones Mentales/Emotionales			Depresion			Derrame cerebral		
Cancer			Convulsiones			Asthma		
Arthritis Grave			Problemas Cardiacos			Dolor de Cabeza Cronicos		
Enfermedad Renal Crónica			Tuberculosis			Fatiga Cronica		
Colitis			Úlceras			Insomnio		
Hipertensión			Colesterol Alto			Enfermedad de Tiroides		
Eczema			Hemofilia			Alergias		

¿Alguna vez recibió tratamiento para problemas de salud mental? Si _____ No _____

¿Si sí, cuándo? _____ ¿De quien? _____

¿Alguna vez le recetaron medicamentos psicotrópicos para afecciones mentales o emocionales?



Si _____ No _____

Cuando	Drogas prescritas

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Alguna vez participó en el asesoramiento or psicoterapia por problemas personales o familiares?

Si _____ No _____

Si es así, ¿cuándo, por qué y quién fue el consejero?

¿Alguna vez te hicieron una evaluación psicológica o pruebas psicológicas?

Si _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuándo y cuál era el propósito?

¿Puede proporcionar una copia del informe de evaluación / prueba psicológica a DFS?

Si _____ No _____

¿Alguna vez ha sido tratado por consumo de drogas?

Si _____ No _____

Si es así, ¿cuándo, dónde y para qué medicamento (s)?



¿Alguna vez te trataron por alcoholismo? Si _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde fue tratado?

Si fue tratado por consumo de drogas y / o alcoholismo ¿ha tenido alguna recaída desde que se sometió a tratamiento?

Si _____ No _____

En caso afirmativo, indique cuándo recayó, cómo volvió a la vida sobria y durante cuánto tiempo estuvo sobrio desde su recaída.

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Haga una lista de todos los medicamentos recetados que se toman regularmente.

Nombre de la Medicación	Motivo de la Medicación

Indique la fecha de su última visita al médico y el motivo.

Enumere todas las enfermedades, cirugías o hospitalizaciones que haya tenido en el pasado.



¿Tienes alguna discapacidad física? Si _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuál es la discapacidad y cuándo fue diagnosticado?

¿Cuándo fue su última prueba de TB y cuál fue el resultado?

Puede ser necesaria una declaración de un médico, psicólogo o consejero sobre usted y / o la condición física, mental o emocional pasada o actual de su hijo. ¿Está dispuesto a dar permiso para la divulgación de dicha información si es necesario?

No _____ Si _____

Firma

Fecha

Divinity Family Services

Evaluación de Competencias Básicas Para Futuros Padres de Crianza Temporal

Fecha de Aplicación: _____

Nombre (primero, medio,
último): _____

$$\begin{array}{r} 78 \\ +2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 145 \\ -25 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 68 \\ \times 2 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 100 \\ +45 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 45 \\ -6 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 99 \\ -1 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 35 \\ +8 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 637 \\ \times 5 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 82 \\ -7 \\ \hline \end{array} \quad \begin{array}{r} 4 \\ \times 6 \\ \hline \end{array}$$

$$20 \overline{)440}$$

$$6 \overline{)800}$$

$$30 \overline{)903}$$

En un breve párrafo, escriba lo que les diría a sus hijos de crianza sobre la importancia de la escuela:

La póliza de uso del tabaco de los servicios familiares de Divinity dice:
Debido a problemas de salud, se desaconseja el uso de productos de tabaco en torno a los niños bajo cuidado. Las siguientes pautas se deben seguir en todo momento:

- (1) Un niño bajo cuidado no puede usar ni poseer productos de tabaco.
- (2) Los cuidadores y otros adultos solo pueden fumar productos de tabaco afuera.
- (3) Nadie puede fumar productos de tabaco en un vehículo de motor mientras transporta a niños bajo cuidado.

Esta póliza significa: POR FAVOR CIRCULAR A, B, o C

- a) Esta póliza es opcional para que los niños sigan
- b) Esta póliza es opcional para que los padres de crianza sigan
- c) Esta póliza debe ser seguida por los padres de crianza y los niños bajo cuidado

Las pólizas de Divinity Family Services Child Care dicen lo siguiente sobre la disciplina:

Pólizas disciplinarias:

1. Métodos utilizados para la disciplina. DFS usa la forma de intervención de comportamiento menos restrictiva necesaria para modificar el comportamiento de un niño, como por ejemplo:
 - a. Redirección verbalsegundo
 - b. Tiempo de enfriamiento
 - c. Tareas adicionales / horas
 - d. Reducción de privilegios
 - e. Pérdida de privilegios
 - f. Restricción de la casa
 - g. Restricción de cuarto
 - h. Tenga en cuenta: Se pueden usar otras consecuencias naturales y lógicas según sea necesario y apropiado, es decir, reparar un objeto que el niño rompió o dañó intencionalmente.
2. Respuestas positivas
 - a. Los comportamientos apropiados serán positivamente respondidos.
 - b. El comportamiento de educar y nutrir, la estimulación y la pronta satisfacción de las necesidades del niño son importantes para DFS.

3. La disciplina de cualquier tipo es inapropiada y no está permitida para los bebés.

4. La disciplina que está prohibida incluye el castigo corporal, los tazers, la negación de las necesidades básicas como la comida, el sueño, el refugio, la ropa y la denegación de llamadas telefónicas, el correo o las visitas a la familia.

This policy means: **PLEASE CIRCLE A, B, OR C**

- a) Foster parents can choose whether or not to follow this policy at their discretion.
- b) Foster parents can discipline infants if the baby is fussy and won't stop crying
- c) This policy must be followed by foster parents at all times.

Esta póliza significa: **POR FAVOR CIRCULAR A, B, o C**

- a) Los padres de crianza pueden elegir si siguen o no esta póliza a su discreción.
- b) Los padres de crianza temporal pueden disciplinar a los bebés si el bebé es exigente y no deja de llorar
- c) Esta póliza debe ser seguida por los padres de crianza en todo momento.



Entrenamientos De Internet de Divinity Family Services

Instructions:

1. Visite www.dfps.state.tx.us
2. Escriba el nombre de la capacitación en la barra de búsqueda.
3. Al finalizar la capacitación, imprima un certificado para cada persona y solo un nombre por certificado.

-Trauma Informed Care Training -Solo en Inglés

https://www.dfps.state.tx.us/training/trauma_informed_care/

-Psychotropic Medication Training -

https://www.dfps.state.tx.us/Training/Psychotropic_Medication/

https://www.dfps.state.tx.us/Training/Spanish_Psychotropic_Medication/default.asp -Español

-Medical Consent Training for Caregivers

https://www.dfps.state.tx.us/Child_Protection/Medical_Services/medical-consent-training.asp

https://www.dfps.state.tx.us/Espanol/Servicios_de_Proteccion_al_Menor/Medical_Consent_Training.asp -Español



Directo de Divinity Family Services Autorización de depósito

Información Personal	
Nombre legal completo en la cuenta:	Número de teléfono:
Dirección (calle, ciudad, estado y código postal):	Dirección de correo electrónico:
Institución Financiera	
Nombre del banco / unión de crédito:	Account Type: Checking <input type="checkbox"/> Savings <input type="checkbox"/>
Routing Number:	Tipo de cuenta:
Autorización y Firmas	
<p>Autorizo a Divinity Family Services para que inicie el crédito y, si es necesario, débito las entradas y los ajustes de cualquier entrada de crédito hecha por error, directamente a la (s) cuenta (s) bancaria antes mencionada (s) y para corregir cualquier error que ocurra en estas transacciones. Además, autorizo a mi institución financiera a abonar o debitar estas cantidades de mis cuentas.</p>	
Firma:	Fecha:

Nota: El depósito directo puede demorar hasta 14 días hábiles para ser aprobado. Además, cualquier cambio realizado en su cuenta de depósito puede tardar hasta 14 días en surtir efecto.