

SOLICITUD DE CAMBIO

Attach Cover Letter and a copy of DSS-5015 License Action Request form for all requests

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CAROLINA DEL NORTE

Padre/Madre Foster: _____

Casa Foster ID#: _____

1. Cambiar Capacidad a: _____

2. Número total de niños en la casa. **Complete cada inciso.**

_____ # de hijos de Padres Foster, incluyendo hijos por nacimiento, adoptivos, o guardián

_____ # niños familiares que no están en cuidado Foster

_____ # de niños que no son familiares (no cuente niños de cuidado Foster o que cuide durante el día)

_____ # Capacidad determinada en Licencia de Daycare, añada copia de la licencia

_____ # Clientes del Programa CAP (Community Alternative Program) en la casa

_____ # Capacidad determinada en la Licencia de Cuidado Foster en forma DSS-5015

_____ **Suma Total**

3. Documente la acomodación para dormir

ACOMODACION PARA DORMIR	Tipo de Cama / Ocupantes	Tipo de Cama / Ocupantes	Tipo de Cama / Ocupantes	Tipo de Cama / Ocupantes
Ejemplo Recamara 1.	Queen / Sr y Sra Solicitantes	Cuna / Niño Foster		
Recamara 1.				
Recamara 2.				
Recamara 3.				
Recamara 4.				
Recamara 5.				

4. ¿La petición del número total de niños en la *Casa Foster* es mayor de 5? SI NO N/A

5. Si "SI", ¿se cumple el siguiente criterio?

(a) ¿La petición de cambio de capacidad permitirá que hermanos permanezcan juntos? SI NO N/A

(b) ¿El trabajador social ha verificado que el acuerdo para *servicios fuera de la casa*, especifica que cada uno de los hermanos deben ser colocados juntos? SI NO N/A

(c) ¿Los Padres Foster tienen la pericia, energía y habilidad para cuidar de los niños? SI NO N/A

6. Cambio rango de edad de: _____ a _____

7. Cambio de dirección a: _____
- (a) Complete el cuadro de acomodación para dormir. (Item 3)
- (b) Describa brevemente la casa, cocina, áreas de comer, áreas familiares, baños, y el área donde la casa está ubicada. _____
- (c) ¿El diseño de la casa permite privacidad para usar el baño, bañarse y vestirse? SI NO
- (d) ¿En el exterior de la casa hay piscinas, playas, ríos, arroyos, lagos, etc.? SI NO
- Si contesto "NO" a (c) o (d) documente como el acceso a estos lugares es evitado: _____
8. ¿Se ha agregado el Reporte del Departamento de Bomberos, forma DSS-1515? SI NO
9. ¿Se ha agregado el Reporte de las Condiciones del Medioambiente (Forma DSS-5150)? SI NO
10. Nuevo miembro en el **Grupo Familiar**: Nombre: _____ SSN: _____ Relación con los Padres Foster: _____
- (a) Complete la información de *Acomodaciones para Dormir* (III. 2.).
- (b) Agregue la Historia Médica (Forma DSS-5017).
- (c) Agregue Evaluación Médica y Resultados de TB (Forma DSS-5156).
- (d) ¿La persona nueva en el *Grupo Familiar* tiene 18 años a más? SI NO
- Si "SI" Haga una revisión de antecedentes penales, *Historia de Abuso o Negligencia Infantil en NC* y del *Registro Central de Abuso y Negligencia Infantil* en caso de que el miembro del *Grupo Familiar* no halla vivido en Carolina del Norte durante los últimos cinco años.
- Incluya** Documento de Huellas Digitales y resultados RIL

Revisión de antecedentes penales. Complete por cada nuevo miembro del *Grupo Familiar* mayor de 18 años

Nombre del Nuevo Adulto en el Grupo Familiar:		
Tipo de revisión de antecedentes penales	Verificado	Fecha de Verificación
Revisión en la Corte local realizada por el personal	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha :
Información encontrada y fechas: Explique:		
Información del Departamento de Correccional de Carolina del Norte http://www.doc.state.nc.us/offenders/	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha:
Información encontrada y fechas: Explique:		
Registro de Protección Publica de Ofensores Sexuales de Carolina del Norte http://sexoffender.ncdoj.gov/	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha:
Información encontrada y Fechas: Explique:		
Registro Personal de Cuidado de Salud https://www.ncnar.org/nchcpr.html	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha:
Información encontrada y Fechas: Explique:		

Historia de Abuso o Negligencia Infantil de Carolina del Norte (persona nueva en el Grupo Familiar)

Reporte de Abuso o Negligencia Infantil	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
--	---	--

Se comprobó:	<input type="checkbox"/> SI , Fecha en que se comprobó:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> N/A
Explique:			

Complete en caso de que el Nuevo Adulto en el Grupo Familiar **NO** haya vivido en NC en los últimos cinco años

Direcciones Anteriores	Fechas de Residencia
Revise el Registro Central de los estados arriba mencionados para ver que el solicitante no ha sido acusado de abuso o negligencia, si la persona no ha residido en NC en los últimos cinco años. Sitio de Internet para revisar abuso o negligencia infantil en otros estados: http://www.dfps.state.tx.us/child_care/other_child_care_information/abuse_registry.asp	Fecha de Revision:
Ponga las cartas de otros estados que muestren un record limpio después de la pagina donde firma. Si se encuentra cualquier reporte de abuso o negligencia infantil, historia criminal, u ofensas, se requerirá una carta de explicación por el director de dicha agencia.	

11. Cambio de: **Terapéutico a Cuidado Familiar Foster.** (Complete Item 2).

12. Cambio de: **Cuidado Familiar Foster a Terapéutico.** (Complete Item 2).

Los Padres de *Cuidado Foster* han recibido 10 horas más de entrenamiento requeridas antes del servicio y están de acuerdo en recibir entrenamiento adicional durante los primeros dos años de estar licenciados como *Padres Foster Terapéuticos*, de la forma como esta requerido por 10ª NCAC 70E.1117 (3) (a-e)

SI NO

Fecha en que los *Padres Foster* recibieron las 10 horas de entrenamiento requeridas antes del servicio:

13. Padre Foster removido de la licencia (*se requiere firma abajo*) Nombre: _____

Adulto miembro del Grupo Familiar removido: _____

Documente la razón:

14. Otro: Cambio en forma DSS-5015 _____ de _____ a _____

PETICION DE CAMBIO DE CERTIFICACION DE CASA FOSTER

Cerificamos que el personal de la agencia ha revisado este documento y confirmado que la casa satisface los reglamentos y pólizas gubernamentales para licenciarse como Casa Foster. Entendemos que de acuerdo a GS 131D-10.6 esta información debe ser provista a otros, cuando sea solicitada de una forma adecuada.

Nombre del Padre Foster (Letra de molde)	Nombre del Padre Foster (Letra de molde)
✓	✓
Firma del Padre Foster / Fecha	Firma del Padre Foster / Firma

Nombre del Padre Foster (Letra de molde)	Nombre de Padre Foster (Letra de Molde)
✓	✓
Firma del Padre Foster / Fecha	Firma del Padre Foster / Fecha

Nombre del Trabajador Social (Letra de molde)	
✓	
Firma del Trabajador Social / Fecha	
Tel. del Trabajador Social:	
Correo Electrónico del Trabajador Social:	

Nombre del Director de la Agencia o Persona Designada* (Letra de molde)	
*Cerifico que el Director de la Agencia me ha designado para firmar documentos de Servicios de Licencias y Regulaciones.	
✓	
Firma del Director de la Agencia o Persona Designada / Fecha	
Tel. del Director/Designado:	
Correo Electrónico del Director/Designado:	

DSS-5159 SPANISH