|  |  |
| --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee**  **Declaración de Divulgación Completa: opciones de permanencia para familiares o parientes cuidadores** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño*:* |  | Fecha de nacimiento: |  | Custodia | Sin Custodia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño*:* |  | Fecha de nacimiento: |  | Custodia | Sin Custodia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño*:* |  | Fecha de nacimiento: |  | Custodia | Sin Custodia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño*:* |  | Fecha de nacimiento: |  | Custodia | Sin Custodia |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del niño*:* |  | Fecha de nacimiento: |  | Custodia | Sin Custodia |

Mi firma a continuación indica lo siguiente:

1. El trabajador de DCS me ha informado de las opciones y servicios disponibles para mí como familiar cuidador.
2. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas a mis preguntas.
3. Me han proporcionado una copia de la Guía de Divulgación Completa de las Opciones de Permanencia.
4. He visto el video en el siguiente enlace:

[***Relative Caregiver (tn.gov)***](https://www.tn.gov/dcs/program-areas/prevention/relative-caregiver.html)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del familiar cuidador |  | Fecha |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma del familiar cuidador |  | Fecha |  |

Mi firma abajo indica que he visto el video provisto con la familia, proporcionado una copia de la Guía de Divulgación Completa de las Opciones de Permanencia a este familiar, y he explicado el contenido de la guía al familiar. Si hay preguntas que no puedo responder, proporcionaré las respuestas lo antes posible. DCS proporcionará información continua sobre las opciones de permanencia a través de las Reuniones del Equipo Infantil y Familiar (CFTM), visitas al hogar, contactos del tribunal, reuniones de la Junta de Revisión de Acogida Temporal y los paseos/visitas con la familia que ocurran en el futuro.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma del personal de DCS |  | Fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Número de teléfono del personal de DCS |  |  |
|  |
| Correo electrónico del personal de DCS |