|  |  |
| --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee****Solicitud de Custodia del Hogar de Acogida** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Solicitante:** | **Tratamiento:**  |  |       |       |
|  |  *Apellido* | *Nombre* | *Segundo nombre* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Idioma principal** |       | **Segundo idioma** |       | **Teléfono del trabajo/móvil:****(****)** **-** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Correo electrónico (requerido):** |       | **Número de Seguro Social:**      -       -       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Co-solicitante** **[ ]** **Cuidador(a)** **[ ]**  |       |       |       |  |
|  | *Apellido* | *Nombre* | *Segundo nombre* |
| **Idioma principal:** |       | **Segundo idioma:** |       | **Teléfono del móvil:****(     )       -** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Correo electrónico (requerido):** |       | **Número de Seguro Social:**      -       -       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Domicilio actual:** |  | **Teléfono del trabajo****(     )       -** |
|  | Dirección (No. de apt.) |  |
|  |  |  | **Teléfono de emergencia/alterno:****(     )       -** |
| *Ciudad*  | *Estado* | *C.P.* |  |
| *Use páginas adicionales si es necesario* | **Solicitante** | **Co-solicitante/Cuidador(a)** |
| **Fecha de nacimiento** |       |       |
| **Sexo** | **Mujer [ ]  Hombre [ ]**  | **Mujer [ ]  Hombre [ ]**  |
| **Raza** |       |       |
| **¿Origen hispano?**  | **Sí [ ]  No[ ]**  | **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Religión/afiliación** |       |       |
| **¿Ha sido residente legal Tennessee durante los últimos tres meses?** | **Sí [ ]  No[ ]**  | **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **¿Ha vivido fuera del estado en los últimos 5 años?**  | **Sí [ ]  No[ ]**  | **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Si ha contestado “sí” a la pregunta anterior, ¿en qué estados y en qué fechas?**  |
| **Estado civil** *(incluya la fecha)* |       |       |
| **Servicio militar** *(fechas)* |       |       |
| **Mientras estuvo en el servicio militar, ¿alguna vez fue condenado por un Consejo Superior de Guerra?** | **Sí [ ]  No[ ]**  | **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Empleador/Negocio desde casa** |       |       |
| **Hijos** |
|       |       |       | **Fecha de nacimiento**      | **Número de Seguro Social**      -       -       |
|  *Apellido Nombre Inicial*  |  |  |
| **Idioma principal**      | **Segundo idioma**      | **Raza**      | **¿Origen hispano?** **Sí** **[ ]  No****[ ]**  |
| **Sexo** **Mujer** **[ ]  Hombre** **[ ]**  | **Escuela/Grado u ocupación**      | **Dentro/fuera del hogar**      | **Relación**      |
|       |       |     | **Fecha de nacimiento**      | **Número de Seguro Social**      -       -       |
|  *Apellido Nombre Inicial*  |  |  |
| **Idioma principal**      | **Segundo idioma**      | **Raza**      | **¿Origen hispano?** **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Sexo** **Mujer [ ]  Hombre [ ]**  | **Escuela/Grado u ocupación**      | **Dentro/fuera del hogar**      | **Relación**      |
|       |       |       | **Fecha de nacimiento**      | **Número de Seguro Social**      -       -       |
|  *Apellido Nombre Inicial*  |  |  |
| **Idioma principal**      | **Segundo idioma**      | **Raza**      | **¿Origen hispano?** **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Sexo** **Mujer [ ]  Hombre [ ]**  | **Escuela/Grado u ocupación**      | **Dentro/fuera del hogar**      | **Relación**      |
|       |       |       | **Fecha de nacimiento**      | **Número de Seguro Social**      -       -       |
|  *Apellido Nombre Inicial*  |  |  |
| **Idioma principal**      | **Segundo idioma**      | **Raza**      | **¿Origen hispano?** **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Sexo** **Mujer [ ]  Hombre [ ]**  | **Escuela/Grado u ocupación**      | **Dentro/fuera del hogar**      | **Relación**      |
|       |       |       | **Fecha de nacimiento**      | **Número de Seguro Social**      -       -       |
|  *Apellido Nombre Inicial*  |  |  |
| **Idioma principal**      | **Segundo idioma**      | **Raza**      | **¿Origen hispano?** **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Sexo** **Mujer [ ]  Hombre [ ]**  | **Escuela/Grado u ocupación**      | **Dentro/fuera del hogar**      | **Relación**      |
| **Adultos en el hogar** |
|       |       |       | **Fecha de nacimiento**      | **Número de Seguro Social**      -       -       |
| *Apellido* | *Nombre* | *Inicial:* |  |  |
| **Idioma principal**      | **Segundo idioma**      | **Raza**      | **¿Origen hispano?** **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Sexo** **Mujer [ ]  Hombre [ ]**  | **Escuela/Grado u ocupación**      | **Dentro/fuera del hogar**      | **Relación**      |
|       |       |       | **Fecha de nacimiento**      | **Número de Seguro Social**      -       -       |
| *Apellido* | *Nombre* | *Inicial* |  |  |
| **Idioma principal**      | **Segundo idioma**      | **Raza**      | **¿Origen hispano?** **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Sexo** **Mujer [ ]  Hombre [ ]**  | **Escuela/Grado u ocupación**      | **Dentro/fuera del hogar**      | **Relación**      |
|       |       |     | **Fecha de nacimiento**      | **Número de Seguro Social**      -       -       |
| *Apellido* | *Nombre* | *Inicial* |  |  |
| **Idioma principal**      | **Segundo idioma**      | **Raza**      | **¿Origen hispano?** **Sí [ ]  No[ ]**  |
| **Sexo** **Mujer [ ]  Hombre [ ]**  | **Escuela/Grado u ocupación**      | **Dentro/fuera del hogar**      | **Relación**      |
| **Información de referencia de las personas que viven fuera del hogar** |
|  | **Nombre** | **Dirección** | **Teléfono** | **Correo electrónico** | **Relación** |
| **Solicitante** *(familiar)* |       |       | **(     )       -** |       |       |
| **Co-solicitante** *(familiar)* |       |       | **(     )       -** |       |       |
| **Referencia***(No familiar)* |       |       | **(     )       -** |       |       |
| **Referencia***(No familiar)* |       |       | **(     )       -** |       |       |
| **Referencia** *(No familiar)* |       |       | **(     )       -** |       |       |
| ¿Ha tenido alguna relación previa con el Departamento de Servicios Infantiles? Sí [ ]  No [ ]  |
| En caso afirmativo, resuma su participación y el plazo durante el cual se llevó a cabo.  |
|       |
| ¿Ha solicitado anteriormente ser un padre de tutela temporal o padre adoptivo con otra agencia? Sí [ ]  No [ ]  |
| En caso afirmativo, ¿cuándo y con qué agencia?       |
| ¿Cómo se enteró de nuestra agencia?       |
| **Tipo de hijo que espera adoptar** |
| **Sexo:** Hombre [ ]  Mujer [ ]  Indistinto [ ]   | **Rango de edad:**   | Menor edad      Mayor edad       |
|  **Solo familiares:** Sí [ ]  No [ ]   | **Grupo de hermanos:** Sí [ ]  No [ ]  | **Madres adolescentes:** Sí [ ]  No [ ]  |

*Nota: Cuando finalice el proceso de preparación, la descripción del niño que espera adoptar podría cambiar. Si es así, tendrá la oportunidad de redefinir el niño que usted siente que puede criar con más éxito. Como padre de acogida, se le anima a actualizar esta información a medida que continúa redefiniendo el niño que desea adoptar.*

**Tipo de hijo que espera adoptar**

|  |
| --- |
| **Legal** |

¿Está usted actualmente siendo acusado de, o alguna vez ha sido condenado, colocado en libertad condicional o recibido una sentencia suspendida en Tennessee o en cualquier otro estado por los siguientes delitos?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Solicitante** | **Co-solicitante** |
| a. | ¿Cualquier delito que involucre a niños? | Sí [ ]  | No [ ]  | Sí [ ]  | No [ ]  |
| b. | ¿Cualquier delito de violencia en contra de otra persona? | Sí [ ]  | No [ ]  | Sí [ ]  | No [ ]  |
| c. | ¿Posesión, fabricación, venta o transporte de drogas? | Sí [ ]  | No [ ]  | Sí [ ]  | No [ ]  |
| d. | ¿Cualquier otro delito? (*explique)*  | Sí [ ]  | No [ ]  | Sí [ ]  | No [ ]  |

|  |
| --- |
| ¿Hay alguna otra información que usted necesite divulgar?       |

Este formulario es solo una declaración de las intenciones y el solicitante puede retirarlo en cualquier momento. Aceptamos[ ]  no [ ]  aceptamos que nuestros nombres se divulguen para la lista de correo de las asociaciones de padres de tutela temporal o padres adoptivos, para capacitación y para boletines. Firma de los solicitantes autoriza al Departamento de Servicios Infantiles contactar a las referencias que figuran en el formulario de solicitud y autoriza que dichas referencias respondan a la consulta.

Certifico que la información que proporciono en esta solicitud es correcta y completa a mi mejor saber, información y creencia. Soy consciente que caso de que una investigación demuestre alguna falsificación o engaño, no seré considerado como padre de acogida; o si estoy sirviendo como un padre de acogida, mi caso se ​​cerrará y seré descalificado de consideración en el futuro. Además, entiendo que la información en este formulario, incluyendo mi estado de aprobación, puede ser compartida o divulgada a otras agencias de colocación de niños.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |       |  |  |  |       |
| *Firma del solicitante* |  | *Fecha* |  | *Firma del co-solicitante* |  | *Fecha* |