|  |  |
| --- | --- |
|  | **Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee**  **Carta de Referencia y Cuestionario de la Familia de Acogida** |

|  |
| --- |
| Date: |
| Name: |
| Address: |
| City, State Zip Code |
|  |
| Estimado      : |
| Su nombre se ha enviado a nuestra agencia como referencia de **(Type Name)**, quienes son solicitantes como padres adoptivos/acogida del Departamento de Servicios Infantiles/Agencia de Proveedores. La información que brinde nos ayudará a tomar una decisión sobre la capacidad de **(Type Name)** para cuidar a un menor en acogida temporal o para proporcionar un hogar adoptivo para un menor. Se incluirá un resumen no identificativo de toda la información de referencia en el documento de estudio del hogar. Una copia de este formulario se mantendrá en el expediente de caso del hogar de acogida, y permanecerá confidencial. Agradecemos que llene este cuestionario lo antes posible.  Por favor, llene la información a continuación y devuelva el cuestionario a la siguiente dirección:  **(Type DCS or Agency's Name)**  **(Type Street Address)**  **(Type Street Address)**  **City, State Zip Code**  Si tiene alguna pregunta, puede llamarme al **(000) 000-0000**. Agradecemos su ayuda. |

**Use letra de imprenta**. **Responda cada pregunta lo más completamente posible**. **Anexe páginas adicionales si es necesario**.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | ¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante? | | | | | | | |
|  | | Menos de 6 meses | 6 meses - 1 año | | 1-5 años | | 5-10 años | 10 años o más | |
|  | | ¿Cuál es su relación con el solicitante? | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | | ¿Con qué frecuencia interactúa con el solicitante? | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | | Si este es un hogar con dos padres, por favor describa su observación de la relación actual entre los padres. | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | | Si hay hijos en la familia, describa su observación de las técnicas de crianza. | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | | Si hay hijos en la familia, describa su observación de las técnicas de disciplina. | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | | Según su observación de la familia, ¿hay algún tipo de menor que no deberían criar? (P. ej., un menor con problemas de ira, sexualmente promiscuo, consumidor de drogas, maltratado físicamente, abusado ​​sexualmente, con dificultades de aprendizaje, con problemas de salud mental, etc.)  SÍ  NO | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | | ¿En qué área necesitaría ayuda esta familia si cuidara de más menores? | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | | ¿Se sentiría cómodo al permitir que los solicitantes cuidaran a su hijo de manera permanente si usted no pudiera hacerlo?  SÍ  NO | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |
|  | | ¿Recomienda a esta familia como padres de acogida para Tennessee?  SÍ  NO | | | | | | | |
| **Escriba comentarios adicionales aquí** **(adjunte hojas adicionales si es necesario)**. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  |  | | |  | |  | | |  |
|  | *Nombre en letra de imprenta* | | |  | | *Firma* | | |  |

|  |
| --- |
| Le agradecemos su valiosa ayuda. Esta información nos ayudará a determinar si esta familia califica para ser padres de acogida, y si califican, qué tipo de menor pueden criar de mejor manera. Si tiene alguna pregunta o comentario, comuníquese conmigo al número de teléfono que se indica arriba. |

|  |
| --- |
|  |
| *Firma del redactor del Estudio del Hogar de Acogida/Personal de la Agencia* |
|  |
| *Puesto* |