

**SOLICITUD DE RENOVACION DE LICENCIA DE CASA FOSTER
DIVISION DE SERVICIOS SOCIALES DE CAROLINA DEL NORTE**

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

Padre/Madre Foster (sustitutos): _____

Casa Foster ID#: _____

1. **Revisión de antecedentes penales** {Debe ser completado por cada Padre o Madre Foster (sustitutos) y por cada adulto mayor de 18 años }

Nombre de cada adulto en el hogar: _____		
Tipo de revisión de antecedentes penales (Enumere la información encontrada, incluya la información inicial en 5016 o en anterior 5157)	Verificado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de la 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 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 Pública 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: _____		

2. **Historia de Abuso o Negligencia Infantil en NC (Padres Foster y adultos 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: _____	

3. **Complete en caso de que adultos en el hogar **NO** hayan residido en NC en los últimos cinco años.**

Direcciones Anteriores	Fechas de Residencia
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Revise el Registro Central Infantil 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.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/policy-issues/State_Child_Abuse_Registries.pdf	Fecha de la revisión: _____
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, se requerirá una carta de explicación por el director	

de dicha agencia.

4. ¿Hay nuevos adultos (mayores de 18 años) viviendo en la casa? SI NO
a. ¿Se han incluido estos adultos en la revisión de antecedentes? SI NO N/A
b. ¿Se han incluido cartas de revisión de huellas digitales? SI NO N/A
c. ¿Se incluyen los resultados RIL? SI NO N/A
d. ¿Se incluyen las revisiones de otros estados en caso de que las personas adultas no hayan residido en NC en los últimos cinco años? SI NO N/A
5. ¿Recibió cada Padre Foster las 20 horas de entrenamiento requeridas? SI NO
6. ¿Los Padres Foster tienen entrenamiento actualizado de Primeros Auxilios, Resucitación Cardio-Pulmonar, Precauciones Universales y Administración de Medicamentos? SI NO
7. ¿Los Padres Foster usando restricción física, han recibido el entrenamiento adecuado? SI NO N/A
8. ¿El Director Ejecutivo a dado aprobación por escrito a los Padres Foster Para usar restricción física y se ha archivado la información?. SI NO N/A
9. ¿Los Padres Foster que usan restricción física solo lo hacen cuando un segundo Padre Foster entrenado está presente? SI NO N/A
10. ¿Los Padres Foster Terapéuticos han recibido entrenamiento en los últimos dos años desde que recibieron su licencia, como es requerido por:10A NCAC 70E .1117? SI NO N/A
11. 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**
12. ¿Se incluyen las formas requeridas?
DSS-5156 Evaluación Medica SI NO
DSS-5017 Historial Médico SI NO
DSS-1515 Inspección del Departamento de Bomberos SI NO
DSS-5150 Reportes de las Condiciones del Medio Ambiente SI NO
13. ¿Los Padres Foster, los miembros del hogar, un doctor (DSS-5156 Evaluación Medica) o la agencia identifico algún problema de **Salud Física** desde la ultima revisión? SI NO
Si la respuesta es afirmativa, conteste las siguientes preguntas.
¿Qué condición tiene? _____
¿Duración de la condición? _____
¿Cuáles son las manifestaciones? _____
¿Cuáles son los síntomas? _____
¿Afecta esta condición las actividades diarias? _____
¿Cuál es el tratamiento? _____
¿Afecta esta condición el proveer cuidado Foster?): _____
Agregue notas del doctor si es necesario.

14. ¿Los Padres Foster, los miembros del hogar, un doctor (DSS-5156 Evaluación Medica) o la agencia identifico algún problema de **Salud Mental** desde la ultima revisión? SI NO
 Si la respuesta es afirmativa, conteste las siguientes preguntas
 ¿Qué condición? _____
 ¿Duración de la condición? _____
 ¿Cuáles son las manifestaciones? _____
 ¿Cuáles son los síntomas? _____
 ¿Afecta esta condición las actividades diarias? _____
 ¿Cuál es el tratamiento? _____
 ¿Afecta esta condición el proveer cuidado Foster?): _____
 Agregue notas del doctor, consejero, o terapeuta si es necesario.
15. ¿Hay nuevas mascotas en el hogar? SI NO
 Si la respuesta es afirmativa, conteste las siguientes preguntas
 ¿Cuántas mascotas tiene? _____
 ¿Qué tipo de mascotas? _____
 ¿De qué raza? _____
 ¿De que tamaño (medida)? _____
 ¿Las mascotas viven en el interior de la casa o afuera? _____
 ¿Están vacunadas contra la rabia? _____
 ¿Las vacunas están vigentes? _____
 ¿Por cuánto tiempo ha estado esta mascota en la familia? _____
 ¿Se han esterilizado las mascotas? _____
 ¿Han tenido incidentes de agresión o violencia? _____
 ¿Cómo reacciona la mascota ante extraños? _____
 ¿Ha sido evaluada por algún entrenador? _____
 ¿Hay algo que le preocupe respecto a la mascota y la interacción con niños en cuidado foster? _____
 ¿Se ha removido alguna de las mascotas desde la última revisión? Si No
 Si sí, ¿Qué mascota se ha removido? _____
16. ¿Ha habido cambios en el empleo de los Padres Foster desde la última revisión? SI NO
 Si la respuesta es afirmativa, explique: _____
 ¿El Trabajador Social con licencia ha documentado el ingreso y el gasto mensual de los solicitantes? SI NO
 ¿Se ha archivado la documentación de los solicitantes en la agencia supervisora? SI NO
 ¿El Trabajador Social con licencia ha dicho a los solicitantes que el reembolso por cuidado foster no puede ser contado como ingreso mensual? SI NO
 Ingreso Mensual Total: _____
 Gastos Mensuales Totales: _____
 La forma 5015 (Petición de Acción de una Institución de Cuidado Foster) en la pregunta 26 ha sido actualizada para reflejar el ingreso actual?
17. ¿Se ha revisado y firmado el acuerdo SS-1796 entre la agencia y los Padres Foster, se ha retenido una copia en archivo y se ha dado una copia a los Padres Foster? SI NO
18. ¿El Acuerdo de Disciplina se ha revisado y firmado, se ha retenido una copia en archivo, y se ha dado una copia a los Padres Foster? SI NO
19. ¿Renuncia a una excepción a un reglamento de licencia anteriormente otorgado? SI NO
20. ¿Se ha solicitado una excepción a un reglamento de licencia? Si la respuesta es afirmativa agregue la forma DSS-5199 (Solicitud de excepción) SI NO

CERTIFICADO DE RENOVACION DE LICENCIA DE CASA FOSTER

(Se requiere la firma de los Padres Foster, Trabajador Social, y del Director de la Agencia o Persona Designada)

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)	
*Certifico 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:	