

**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}

<b>Nombre de cada adulto en el hogar:</b> _____		
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
<b>Revisión en la Corte Local realizada por el personal</b>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha : _____
Información encontrada y fechas: _____ Explique: _____		
<b>Información del Departamento Correccional de Carolina del Norte.</b> <a href="http://www.doc.state.nc.us/offenders/">http://www.doc.state.nc.us/offenders/</a>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha: _____
Información encontrada y fechas: _____ Explique: _____		
<b>Registro de Protección Pública de Ofensores Sexuales de Carolina del Norte</b> <a href="http://sexoffender.ncdoj.gov/">http://sexoffender.ncdoj.gov/</a>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha: _____
Información encontrada y fechas: _____ Explique: _____		
<b>Registro Personal de Cuidado de Salud</b> <a href="https://www.ncnar.org/nhcpr.html">https://www.ncnar.org/nhcpr.html</a>	<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)**

<b>Reporte de Abuso o Negligencia Infantil</b>	<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: <a href="http://www.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/policy-issues/State_Child_Abuse_Registries.pdf">http://www.hunter.cuny.edu/socwork/nrcfcpp/downloads/policy-issues/State_Child_Abuse_Registries.pdf</a>	Fecha de la revisión: _____
<b>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</b>	

**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.

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

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

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

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