

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
División de Discapacidades del Desarrollo  
Oficina de Licencias, Certificación y Regulación

## FORMULARIO DE SOLICITUD INICIAL

(para los solicitantes que **NO** usan Quick Connect)

Llene esta solicitud para obtener una licencia de hogares para el desarrollo de capacidades de menores o adultos. El trabajador de su agencia de autorización introducirá esta información en el sistema de autorización Quick Connect. Cada solicitante debe completar una solicitud por separado a menos que esté legalmente casado. Las parejas casadas solicitan conjuntamente.

A.R.S. § 41-1030. **Invalidez de reglas no hechas de acuerdo con este capítulo; acción de agencia prohibida; actos prohibidos por empleados estatales; ejecución; aviso.**

B. Una agencia no basará una decisión de licenciamiento total o parcial en un requisito o condición de licencia que no esté específicamente autorizado por estatuto, regla o pacto de juego tribal estatal. Una concesión general de autoridad por ley no constituye una base para imponer un requisito o condición de licencia a menos que se establezca una regla de conformidad con esa concesión general de autoridad que autorice específicamente el requisito o condición.

D. Esta sección se puede hacer cumplir en una acción civil privada y se puede otorgar un alivio contra el estado. El tribunal puede otorgar honorarios razonables de abogados, daños y todos los honorarios asociados con la solicitud de licencia a una parte que prevalezca en una acción contra el estado por una violación de esta sección.

E. Un empleado estatal no puede violar esta sección de manera intencional o consciente. Una violación de esta sección es motivo de acción disciplinaria o despido de conformidad con la política de personal adoptada por la agencia.

F. Esta sección no deroga la inmunidad proporcionada por la sección 12-820.01 o 12-820.02.

Marque el tipo de licencia que está solicitando:

Licencia de hogares para el desarrollo de capacidades de menores

Licencia de hogares para el desarrollo de capacidades de adultos      Licencia de servicios de relevo en el hogar

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre legal (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Otro nombre(s) usado (*de nacimiento, de matrimonios anteriores, cambio legal, etc.*) \_\_\_\_\_

Dirección física (*Num., Calle, Ciudad, Estado, CP*) \_\_\_\_\_

Dirección postal (*Num., Calle, Ciudad, Estado, CP*) \_\_\_\_\_

Correo electrónico (*si corresponde*) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Estado civil      Casado/a      Soltero/a      Viudo/a      Divorciado/a      Separados legalmente

Otro (*explique*) \_\_\_\_\_

Género      Masculino      Femenino      ¿Residente legal de los Estados Unidos?      Sí      No

Prueba de residencia legal \_\_\_\_\_ Nivel más alto de educación \_\_\_\_\_

Campo de educación (*Universidad*) \_\_\_\_\_

Etnia (*Recopilado solo para fines de informes estadísticos y federales*)

Asiática      Blanca      Nativo americano (*Afiliación tribal*): \_\_\_\_\_

Negra o Afroamericana      Hispánica o Latina      Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico

Licencia de conducir      Sí      No      Estado \_\_\_\_\_      Número \_\_\_\_\_

*Historial de residencia (Enumere en orden los 10 años anteriores de direcciones. Use otra hoja si es necesario)*

Dirección (*Num., Calle, Ciudad, Estado, CP*) \_\_\_\_\_

Fechas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Vea la página 9 para leer la declaración de EOE/ADA

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Fechas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Fechas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Fechas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE (SI SOLICITAN JUNTOS)

Nombre legal (Apellido, Nombre, S.I.) \_\_\_\_\_ Núm. de Seguro Social \_\_\_\_\_

Otro nombre(s) usado (de nacimiento, de matrimonios anteriores, cambio legal, etc.) \_\_\_\_\_

Dirección física (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Dirección postal (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Correo electrónico (si corresponde) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Género Masculino Female ¿Residente legal de los Estados Unidos? Sí No

Prueba de residencia legal \_\_\_\_\_ Nivel más alto de educación \_\_\_\_\_

Campo de educación (Universidad) \_\_\_\_\_

Etnia (Recopilado solo para fines de informes estadísticos y federales)

Asiática Blanca Nativo americano (Afiliación tribal): \_\_\_\_\_

Negra o Afroamericana Hispánica o Latina Nativo de Hawaii o de las islas del Pacífico

Licencia de conducir Sí No Estado \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Historial de residencia (Enumere en orden los 10 años anteriores de direcciones. Use otra hoja si es necesario)

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Fechas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Fechas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Fechas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Fechas: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Proporcione la siguiente información para cada persona que vive en su hogar. (No incluya al solicitante y cónyuge, si es necesario use una hoja adicional)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, S.I.)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	GÉNERO	NÚM. SEGURO SOCIAL (SI TIENE 17 O MÁS AÑOS)	RELACIÓN A USTED (HIJO/A, HERMANO/A, AMIGO/A)	¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO CON USTED?
		M F			
		M F			
		M F			
		M F			
		M F			
		M F			

### PERSONAS QUE VIVEN EN EL SITIO

(No en su hogar, sino en otras residencias en su propiedad, es decir, casa de huéspedes, casa rodante, etc.)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, S.I.)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	GÉNERO	NÚM. SEGURO SOCIAL (SI TIENE 17 O MÁS AÑOS)	RELACIÓN A USTED (HIJO/A, HERMANO/A, AMIGO/A)	¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO CON USTED?	¿TIENE ACCESO NO SUPERVISADO A LOS NIÑOS?
		M F				Sí No
		M F				Sí No
		M F				Sí No
		M F				Sí No
		M F				Sí No
		M F				Sí No

### HIJOS MENORES Y ADULTOS QUE NO VIVEN EN SU HOGAR

(Use otra hoja si es necesario)

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, S.I.)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	GÉNERO	DIRECCIÓN POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		

### INFORMACIÓN DE EMPLEO (SOLICITANTE)

Empleador actual \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Puesto/Cargo \_\_\_\_\_ Horario de trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de contratación \_\_\_\_\_ ¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD? Sí No

Empleador actual \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Puesto/Cargo \_\_\_\_\_ Horario de trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de contratación \_\_\_\_\_ ¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?    Sí    No

**Empleador anterior #1** \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha final de empleo \_\_\_\_\_

Puesto/Cargo \_\_\_\_\_

¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?    Sí    No

**Empleador anterior #2** \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha final de empleo \_\_\_\_\_

Puesto/Cargo \_\_\_\_\_

¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?    Sí    No

**Empleador anterior #3** \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha final de empleo \_\_\_\_\_

Puesto/Cargo \_\_\_\_\_

¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?    Sí    No

**Empleador anterior #4** \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha final de empleo \_\_\_\_\_

Puesto/Cargo \_\_\_\_\_

¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?    Sí    No

**INFORMACIÓN DE EMPLEO (CÓNYUGE)**

Empleador actual \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Puesto/Cargo \_\_\_\_\_ Horario de trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de contratación \_\_\_\_\_ ¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?    Sí    No

Empleador actual \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Puesto/Cargo \_\_\_\_\_ Horario de trabajo \_\_\_\_\_

Fecha de contratación \_\_\_\_\_ ¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?    Sí    No

**Empleador anterior #1** \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha final de empleo \_\_\_\_\_

Puesto/Cargo \_\_\_\_\_

¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?    Sí    No

**Empleador anterior #2** \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha final de empleo \_\_\_\_\_

Puesto/Cargo \_\_\_\_\_

¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?      Sí      No

**Empleador anterior #3** \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha final de empleo \_\_\_\_\_

Puesto/Cargo \_\_\_\_\_

¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?      Sí      No

**Empleador anterior #4** \_\_\_\_\_

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fecha de contratación \_\_\_\_\_ Fecha final de empleo \_\_\_\_\_

Puesto/Cargo \_\_\_\_\_

¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?      Sí      No

**EXPERIENCIA EN CERTIFICACIONES Y LICENCIAS (SOLICITANTE)**

¿Ha solicitado alguna vez una licencia o certificación en cualquier estado para proporcionar atención a un menor o adulto vulnerable (p.ej. adopción, cuidado de niños en el hogar, guardería, crianza temporal, vida asistida, etc.)?      Sí      No

Si contestó "Sí", recibió:      Licencia      Certificación      Núm. de licencia \_\_\_\_\_

Tipo de atención \_\_\_\_\_

Fechas de licencia o certificación: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

¿En qué estado(s)? \_\_\_\_\_

¿Le han denegado, suspendido o revocado alguna vez una licencia o certificación?      Sí      No

Resuma cualquier experiencia que tenga en brindándole atención o supervisión a niños o adultos vulnerables (use una hoja adicional si es necesario).

**EXPERIENCIA EN CERTIFICACIONES Y LICENCIAS (CÓNYUGE)**

¿Ha solicitado alguna vez una licencia o certificación en cualquier estado para proporcionar atención a un menor o adulto vulnerable (p.ej. adopción, cuidado de niños en el hogar, guardería, crianza temporal, vida asistida, etc.)?      Sí      No

Si contestó "Sí", recibió:      Licencia      Certificación      Núm. de licencia \_\_\_\_\_

Tipo de atención \_\_\_\_\_

Fechas de licencia o certificación: De \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

¿En qué estado(s)? \_\_\_\_\_

¿Le han denegado, suspendido o revocado alguna vez una licencia o certificación?      Sí      No

Resuma cualquier experiencia que tenga en brindándole atención o supervisión a niños o adultos vulnerables (use una hoja adicional si es necesario).



**ANTECEDENTE DE ARRESTO**

NOMBRE	FECHA DEL ARRESTO	CIUDAD Y ESTADO DEL ARRESTO	CARGO	DICTAMEN

**INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO**

¿Qué planea usar para transportar niños o adultos vulnerables colocados en su hogar?

Vehículo propio    Amigos o familia    Transporte público    Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_

¿Actualmente posee o tiene acceso a un asiento de bebés para automóvil?    Sí    No

Si contestó "Sí", ¿sabe cómo instalarlo y usarlo correctamente?    Sí    No

¿Actualmente posee o tiene acceso a un asiento de niños para automóvil?    Sí    No

Si contestó "Sí", ¿sabe cómo instalarlo y usarlo correctamente?    Sí    No

¿Se adherirá a la política del DES de no transportar a niños en la parte descubierta de una camioneta?    Sí    No

¿Está equipado su vehículo con bolsas de aire en el asiento delantero del pasajero?    Sí    No

¿Está consciente de que los niños de 12 y menos años no deberían transportarse en el asiento delantero del pasajero si el vehículo tiene bolsas de aire en dicho asiento?    Sí    No

¿Están vigentes el registro y seguro del vehículo(s) en el que planea transportar a niños y adultos vulnerables?

Sí    No

**DETALLES DEL VEHÍCULO**

MARCA	MODELO	AÑO	VENCIMIENTO DEL REGISTRO	COMPAÑÍA DE SEGUROS	VENCIMIENTO DEL SEGURO	NÚMERO VIN

**INFORMACIÓN PRESUPUESTARIA/FINANCIERA**

Ingresos mensuales netos del solicitante ( <i>después de impuestos</i> )	\$
Ingresos mensuales netos del cónyuge ( <i>después de impuestos</i> )	\$
Ingresos por intereses o dividendos	\$
Otro ingreso ( <i>fuentes:</i> _____ )	\$
Otro ingreso ( <i>fuentes:</i> _____ )	\$
Recursos adicionales ( <i>Sustento, renta, subsidio por adopción, etc.</i> ) ( <i>fuentes:</i> _____ )	\$
Recursos adicionales ( <i>Sustento, renta, subsidio por adopción, etc.</i> ) ( <i>fuentes:</i> _____ )	\$
<b>Ingreso mensual total</b>	\$

**ACTIVOS**

**PATRIMONIO/  
VALOR**

Casa	\$
Cuentas financieras	\$
Acciones, bonos, 401K, jubilación	\$
Bienes tangibles ( <i>Muebles, jollas, etc.</i> )	\$
Otros artículos de valor significativo	\$





