LCR-1054A FORSFF (1-21) Página 1 de 9

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

ماطم

Licencia de hogares para el desarrollo de capacidades de adultos	Licencia de servicios de relevo en el hogar
INFORMACIÓN DEL SO	LICITANTE
Nombre legal (Apellido, Nombre, S.I.)	Núm. de Seguro Social
Otro nombre(s) usado (de nacimiento, de matrimonios anteriores, cambio legal, e	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 Divorcia	ado/a Separados legalmente
Otro(explique)	
Género Masculino Femenino ¿Residente legal de los E	Estados Unidos? Sí No
Prueba de residencia legal Nivel más	s alto de educación
Campo de educación (Universidad)	
Etnia (Recopilado solo para fines de informes estadísticos y federales	s)
Asiática Blanca Nativo americano (Afiliación tribal	<i>I</i>):
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

LCR-1054A FORSFF (1-21) Página 2 de 9

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 <i>(Apellido, Nombre, S.I.)</i> Núm. de Seguro Social
Otro nombre(s) usado <i>(de nacimiento, de matrimonios anteriores, cambio legal, etc.)</i>
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 <i>(Universidad)</i>
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 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)

LCR-1054A FORSFF (1-21) Página 3 de 9

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)	GÉNEF	RO	NÚM. SEGURO SOCIAL (SI TIENE 17 O MÁS AÑOS)	RELACIÓN A USTED (HIJO/A, HERMANO/A, AMIGO/A)	¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO CON USTED?	¿TIE! ACCES SUPERVIS LOS NII	O NO SADO A
		М	F				Sí	No
		М	F				Sí	No
		М	F				Sí	No
		М	F				Sí	No
		М	F				Sí	No
		М	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		

	INFORMACI	ÓN DE EMEPLEO <i>(SOLICITANTE)</i>		
Empleador actual				
Dirección (Num., Calle, Ciuda	ad, Estado, CP)			
Teléfono	_ Puesto/Cargo	Horario de tra	bajo	
Fecha de contratación		¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?	Sí	No
Empleador actual				

Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) ____

LCR-1054A FORSFF (1-21) Página 4 de 9 Teléfono _____ Puesto/Cargo _____ Horario de trabajo _______ ¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD? Fecha de contratación 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 <u>ni</u>ño 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 EMEPLEO (CÓNYUGE) Empleador actual ___ Dirección (Num., Calle, Ciudad, Estado, CP) Teléfono ______ Puesto/Cargo _____ _____ Horario de trabajo _ ______¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD? Fecha de contratación ____ 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 ____

Sí

No

¿Trabaja con niño o adulto que es miembro de la DD?

LCR-1054A FORSFF (1-21) Página 5 de 9

Empleador anterior #2					
Dirección (Num., Calle, Ciuda	id, Estado, CP) _				
Teléfono	_ Fecha de co	ontratación			_ Fecha final de empleo
Puesto/Cargo					
¿Trabaja con niño o adulto	que es miembre	o de la DD?	Sí	No	
Empleador anterior #3					
Dirección (Num., Calle, Ciuda	ıd, Estado, CP) _				
Teléfono	_ Fecha de co	ontratación			Fecha final de empleo
Puesto/Cargo					
¿Trabaja con niño o adulto	que es miembre	o de la DD?	Sí	No	
Empleador anterior #4					
Dirección (Num., Calle, Ciuda	nd, Estado, CP) _				
Teléfono	_ Fecha de co	ontratación			Fecha final de empleo
Puesto/Cargo					
¿Trabaja con niño o adulto	que es miembr	o de la DD?	Sí	No	
EXPERIENC	CIA EN CEI	RTIFICACI	ONES	Y LIC	ENCIAS (SOLICITANTE)
Si contestó "Sí", recibió: Tipo de atención Fechas de licencia o certific ¿En qué estado(s)? ¿Le han denegado, suspen Resuma cualquier experien hoja adicional si es necesar	cación: De ndido o revocado ncia que tenga e	o alguna vez ur	A	ia o certil	
¿Ha solicitado alguna vez u vulnerable (p.ej. adopción, Si contestó "Sí", recibió: Tipo de atención Fechas de licencia o certific	una licencia o ce cuidado de niño Licencia cación: De	ertificación en c os en el hogar, q Certificación	cualquier guarderi Núm A	estado p a, <i>crianza</i> . de licen	
¿En qué estado(s)?					
¿Le han denegado, suspen Resuma cualquier experien hoja adicional si es necesa	ncia que tenga e	_			ficación? Sí No visión a niños o adultos vulnerables <i>(use una</i>

LCR-1054A FORSFF (1-21) Página 6 de 9

	REF	ERENCIAS			
NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO	RELACIÓN	TIPO (CARÁCTER, PERSONAL, ESCOLAR, LABORAL, ETC.)	AÑOS QUE SE CONOCEN

DIVULGACIÓN DE PARTICIPACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD DE MENORES O LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN AL ADULTO ENACCIONES CIVILES/EXPEDIENTES

Marque la casilla si alguna vez ha participado en alguno de los siguientes:

TIPO DE PARTICIPACIÓN	SOLICITANTE	CÓNYUGE
Alegación de abuso, negligencia o abandono de un menor o un adulto vulnerable (Esto incluye cualquier denuncia de DCS o APS)		
Acción de dependencia con respecto a un menor		
Antecedentes de maltratos a menores o a adultos vulnerables corroborados		
Cese o Terminación de la patria potestad (TPR, por sus siglas en inglés)		
Adopción		
Delincuencia o incorregibilidad con respecto a sus hijos biológicos o adoptados		
Procedimientos de ejecución del sustento para menores		
Custodia de menores		
Proceso penal		
Solicitó protección por o se declaró en bancarrota		
Se interpuso una demanda en su contra		

ACCIÓN DEL TRIBUNAL/AGENCIA

(Si contestó "Sí" a cualquiera de la sección anterior, llene esta sección. Use una hoja adicional si es necesario)

NOMBRE	FECHA	CIUDAD Y ESTADO DEL TRIBUNAL	NATURALEZA DE LA ACCIÓN	RESULTADO

LCR-1054A FORSFF (1-21) Página 7 de 9

ANTECEDENTE DE ARRESTO						
NOMBRE	FECHA DEL ARRESTO	CIUDAD Y ESTADO DEL ARRESTO	CARGO	DICTAMEN		
	INFORMAC	CIÓN DEL VEHÍCULO				
¿Qué planea usar para transport	ar niños o adultos vul	nerables colocados en su h	ogar?			
Vehículo propio Amigos	o familia Transp	orte público Otro (espe	ecifique)			
¿Actualmente posee o tiene acceso a un asiento de bébes para automóvil? Sí No						
Si contestó "Sí", ¿sabe cómo inst	alarlo y usarlo correc	tamente? 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

Cristianii onto posso o tiono assoso a an asistito do fililos para automovii.

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

MARCA MODELO AÑO VENCIMIENTO COMPAÑÍA DE SEGUROS DEL SEGURO NÚMERO VIN

INFORMACIÓN PRESUPUESTARIA/FINAN	CIERA
Ingresos mensuales netos del solicitante (después de impuestos)	\$
Ingresos mensuales netos del cónyuge (después de impuestos)	\$
Ingresos por intereses o dividendos	\$
Otro ingreso (fuente:	\$
Otro ingreso (fuente:	\$
Recursos adicionales (Sustento, renta, subsidio por adopción, etc.)	
(fuente:	\$
Recursos adicionales (Sustento, renta, subsidio por adopción, etc.)	
(fuente:	\$
Ingreso mensual total	\$

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

LCR-1054A FORSFF (1-21) Página 8 de 9

GASTOS	MENSUALIDAD	GASTOS	MENSUALIDAD
Hipoteca/Renta	\$	Ropa	\$
Impuestos/Seguro	\$	Pago(s) de vehículo	\$
Facturas de electricidad, gas, agua, alcantarillado	\$	Seguro de vehículo	\$
Teléfono, cable, internet, etc.	\$	Operación del vehículo (Gasolina, aceite, llantas, mantenimiento)	\$
Alimentos y suministros para el hogar	\$	Pagos de tarjeta de crédito	\$
Cuenta de ahorros	\$	Préstamos no reflejados anteriormente	\$
Contribuciones caritativas	\$	Préstamos no reflejados anteriormente	\$
Atención médica/dental	\$	Otro (especifique):	\$
Cuidado de niños	\$	Otro (especifique):	\$
Educación	\$	Gastos mensuales totales	\$

PREPARACIÓN PARA INSPECCIÓN DE SEGURIDAD DE VIDA

Direcciones para llegar a su hogar (Incluya puntos de referencia y calles principales)

¿Cuál es su distrito escolar?									
¿Tiene una piscina? Sí No									
Si contestó "Sí", ¿está cercada?	Sí	No		Si	i no está ce	ercada, ¿está v	vacía?	Sí	No
¿Tiene una bañera para hidromasaje de	agua cali	ente o ja	acuzzi	? S	í No				
Si contestó "Sí", ¿está cercada?	Sí	No		S	i no está c	ercada, ¿está	vacía?	Sí	No
¿Hay otros cuerpos de agua en la propie	dad?	Sí	No						
Si contestó "Sí", describa:									
¿Cuántas habitaciones tiene su hogar? ¿Cuántos baños tiene s						u hogar?			
Fiene armas en la propiedad? Sí No Si contestó "Sí", ¿están guardadas bajo llave						jo llave?	Sí	No	
¿Tienen seguro de gatillo o no funcionan?			No ¿Tiene municiones en la propiedad?					Sí	No
Si contestó "Sí", ¿están guardadas bajo	llave?	Sí	No						
¿Están guardadas por separado las arm	as y las m	nunicion	es?	Sí	No				
¿Tiene alguna mascota o animales?	Pájaro	Ga	to	Perro	Roedo	r Reptil	Gana	ado	
	Otro (es	specifiqu	ue): _						
SOLO PARA PERROS: NOMBRE Y RAZA DEL PERRO						FECHA DE VACUNA	VENCIMIE CONTRA		

CAPACITACIÓN

FECHA DE FINALIZACIÓN

TIPO

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN

HORAS CRÉDITO

PREFERENCIAS DE LICENCIA									
Masculino	Femenino	Cualquiera	Ambos	Rango de edad					
e niños/adultos	·								
Al firmar esta solicitud y el formulario de firma de la declaración de entendimiento y acuerdo para la solicitud de licencia de hogares para el desarrollo de capacidades de menores o adultos, declaro/declaramos que la información en este formulario es precisa y verdadera.									
solicitante					Fec	ha			
cónyuge					Fec	ha			
	e niños/adultos esta solicitud a de hogares ón en este for solicitante	e niños/adultosesta solicitud y el formulario el de hogares para el desarrol ón en este formulario es precesolicitante	Masculino Femenino Cualquiera e niños/adultos esta solicitud y el formulario de firma de la de a de hogares para el desarrollo de capacidade ón en este formulario es precisa y verdadera. solicitante	Masculino Femenino Cualquiera Ambos e niños/adultos esta solicitud y el formulario de firma de la declaración de la de hogares para el desarrollo de capacidades de meno- ón en este formulario es precisa y verdadera. solicitante	Masculino Femenino Cualquiera Ambos Rango de edad e niños/adultosesta solicitud y el formulario de firma de la declaración de entendimiento y la de hogares para el desarrollo de capacidades de menores o adultos, decón en este formulario es precisa y verdadera.	Masculino Femenino Cualquiera Ambos Rango de edade niños/adultose esta solicitud y el formulario de firma de la declaración de entendimiento y acuerdo para de hogares para el desarrollo de capacidades de menores o adultos, declaro/declaración en este formulario es precisa y verdadera. Solicitante Fec			

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el coordinador de la ADA de la División de Discapacidades del Desarrollo al 602-771-2893; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office