

**Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois  
Formulario de determinación del idioma del cliente hispano (Formulario CFS-1000-1)**

**Instrucciones para el investigador/trabajador social: debe explicar el contenido de este formulario a los padres o guardianes. Lea todo el documento en voz alta al cliente.**

El Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois (Department of Children and Family Services, DCFS) (el "Departamento") quiere asegurarse de que usted entienda sus derechos y de que usted y sus hijos reciban cualquier servicio en el idioma que **usted** identifique como **su** idioma para las comunicaciones orales y escritas. Es importante que nos informe (en español o en inglés) sobre cualquier dificultad que tenga para entender o hablar inglés. No es necesario que responda a ninguna de las siguientes preguntas, pero sus respuestas nos ayudarán (al Departamento) a ofrecer los servicios más apropiados para usted y su familia.

Si prefiere comunicarse en español y el investigador o trabajador social asignado solo habla inglés, el/ella se comunicará con la línea lingüística para solicitar un intérprete. Luego, su caso será reasignado a un investigador o trabajador social bilingüe. Si su idioma de preferencia es el español para las comunicaciones orales o escritas, todos los documentos o cartas escritos se le entregarán en ese idioma.

**Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento** y solicitar una copia nueva de este formulario para seleccionar el idioma que prefiere para las comunicaciones orales y escritas. Esta solicitud debe comunicarse al investigador o trabajador social asignado y se deberá llenar un formulario nuevo de determinación del idioma hispano CFS 1000-1.

El Departamento debe ofrecer todos los servicios de bienestar infantil en español a los padres que identifiquen este idioma como el de su preferencia. Así, se asegura que el idioma no sea una barrera para recibir servicios.

**Padre/guardián 1: cuéntenos sobre usted y los idiomas que prefiere usar.**

Mi nombre es (nombre, apellido):		
Nací en ( nombre del país):		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Prefiero <b>hablar</b> con un trabajador social en:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Prefiero <b>leer</b> información en:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

**Padre/guardián 2: cuéntenos sobre usted y los idiomas que prefiere usar.**

Mi nombre es (nombre, apellido):		
Nací en ( nombre del país):		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Prefiero <b>hablar</b> con un trabajador social en:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Prefiero <b>leer</b> información en:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

**Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois  
Formulario de determinación del idioma del cliente hispano (Formulario CFS-1000-1)**

**Menores: cuéntenos sobre los niños en su hogar y los idiomas que ellos prefieren usar.**

Nombre del menor	Edad del menor	Fecha de nacimiento	Prefiero	
			<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
			<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
			<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
			<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
			<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
			<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español

**Firmas:**

---

Firma del padre o guardián 1	Fecha
------------------------------	-------

---

Firma del padre o guardián 2	Fecha
------------------------------	-------

---

**Investigador/trabajador social de hoy** (a completar por el investigador/trabajador social del DCFS/CWCA):  
 El investigador/trabajador social que revisó este formulario con los padres y que firmó el formulario es un trabajador bilingüe certificado:  Sí  No

Nombre (nombre, apellido):

---

Compartí toda la información hoy en:  Inglés  Español  Por mi cuenta  Usé los servicios de un intérprete

---

Firma del investigador/trabajador social	Fecha
--	-------

**Nombre del intérprete** (si usó sus servicios):

---

**Favor de enviar el formulario completo por correo electrónico a: [DCFS.BurgosCoordinator@illinois.gov](mailto:DCFS.BurgosCoordinator@illinois.gov)**