

**SOLICITUD DE LICENCIA PARA HOGAR DE FAMILIA DE CRIANZA  
TEMPORAL PARA FAMILIARES QUE CUIDAN NIÑOS**

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO – PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA**

Región/Sitio/Campo \_\_\_\_\_

Responsable de la licencia \_\_\_\_\_

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Nº de condado \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_

Nº de la agencia supervisora \_\_\_\_\_

Oficina regional de DCFS \_\_\_\_\_ Oficina de campo \_\_\_\_\_

Agencia de bienestar  
para menores licenciada

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nº de teléfono \_\_\_\_\_

**SÍRVASE LEER LAS INSTRUCCIONES AL DORSO ANTES DE COMPLETAR LA PRESENTE SOLICITUD**

**I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:**

Nombre de los  
solicitantes:

A. \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Número de seguro social o ITIN

B. \_\_\_\_\_  
Apellido Primer nombre Número de seguro social o ITIN

Domicilio \_\_\_\_\_  
Nº y calle Ciudad, Estado y Código Postal Condado

Dirección Postal \_\_\_\_\_  
Nº y calle Ciudad, Estado y Código Postal Condado

Teléfono particular \_\_\_\_\_  
Código de área Número

Teléfono laboral Solicitante A \_\_\_\_\_  
Código de área Número

Teléfono laboral Solicitante B \_\_\_\_\_  
Código de área Número

Dirección electrónica Solicitante A \_\_\_\_\_  
Dirección electrónica Solicitante B \_\_\_\_\_

¿Hablan los solicitantes A o B otro idioma que el inglés?  No  Sí Indíquelos:  
Idioma del solicitante A: \_\_\_\_\_  
Habilidad del solicitante A: Bilingüe \_\_\_\_\_ Correcto \_\_\_\_\_ Coloquial \_\_\_\_\_  
Idioma del solicitante B: \_\_\_\_\_  
Habilidad del solicitante B: Bilingüe \_\_\_\_\_ Correcto \_\_\_\_\_ Coloquial \_\_\_\_\_

**II. LICENCIAS ACTUALES Y ANTERIORES**

- ¿Alguna vez ha sido convicto por algo que no fuera una infracción menor de tráfico?  No  Sí  
Si contestó sí, explique \_\_\_\_\_
- ¿Está usted actualmente licenciado para cuidado de menores en Illinois?  No  Sí  
Si lo está, establezca tipo y número(s) de licencia(s) \_\_\_\_\_  
Nombre en la(s) licencia(s) \_\_\_\_\_  
Domicilio en la(s) licencia(s) \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha estado licenciado para cuidado de menores fuera de Illinois?  No  Sí  
Si lo estuvo, establezca tipo y número(s) de licencia(s) \_\_\_\_\_  
Nombre en la(s) licencia(s) \_\_\_\_\_  
Domicilio en la(s) licencia(s) \_\_\_\_\_
- Si usted no está actualmente licenciado para cuidado de menores, complete el cuestionario a continuación:  
¿Alguna vez solicitó una licencia para cuidado de menores?  No  Sí  
¿Fue emitida la licencia?  No  Sí  
Nombre en la licencia \_\_\_\_\_  
Domicilio en la licencia \_\_\_\_\_

**III. HOGAR**—Marque las casillas que correspondan

Usted  Es Propietario  Alquila  Apartamento  Casa Móvil  Casa  Otro \_\_\_\_\_

¿Posee la aprobación del dueño para cuidar de niños familiares?  Si  No  
 Suministro de agua  Ciudad  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

Instrucciones para llegar a su casa: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**IV ESTADO CIVIL**—Marque una casilla

Casado/a \_\_\_\_\_ (Fecha)  Unión Civil \_\_\_\_\_ (Fecha)  
 Soltero/a  Viudo/a  
 Divorciado/a  Separado/a legalmente

**V. MIEMBROS DEL HOGAR**

(incluya hijos, familiares, otros)

NOMBRE	RELACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O ITIN	RELIGIÓN
Solicitante A:				
Solicitante B:				

**VI. OCUPACIÓN ACTUAL**

	Nombre de la empresa	Domicilio	Título o cargo	Horario de trabajo
Solicitante A				____ a ____
Solicitante B				____ a ____

SI EL/LOS SOLICITANTE(S) TRABAJA(N) FUERA DEL HOGAR, DESCRIBA LOS PLANES PARA EL CUIDADO DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VII. REFERENCIAS:** Personas sin vínculos familiares con usted, que sepan cómo cuida usted de los niños

- 1. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
- 2. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
- 3. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**SI ALGUNO DE LOS SOLICITANTES HA SIDO RESIDENTE DE ILLINOIS POR MENOS DE CINCO AÑOS, INCLUYA DOS REFERENCIAS DEL ESTADO DE RESIDENCIA PREVIA:**

- 4. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
**Domicilio** \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_
- 5. Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
**Domicilio** \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**VIII. CERTIFICACIÓN**

YO (NOSOTROS), el (los) abajo firmante(s), solicito (solicitamos) por la presente ser licenciado(s) para manejar un hogar de familia de crianza temporal de acuerdo con la Ley de Cuidado Infantil de 1969, según enmienda. YO (NOSOTROS) declaro (declaramos):

- 1. haber recibido una copia de los estándares, haber leído y familiarizado los estándares para los cuales se busca la licencia.
- 2. que estaré (estaremos) sujeto(s) a investigación, una vez presentada la solicitud, en relación con el cumplimiento de los estándares.
- 3. que estaré (estaremos) sujeto(s) a supervisión en términos de conformidad con los estándares mínimos una vez emitida la licencia.
- 4. Declaro (declaramos) que la información proporcionada anteriormente es verdadera. Entiendo (entendemos) que hacer declaraciones materialmente falsas con el fin de obtener una licencia o un permiso constituye un delito menor Clase A y que puedo (podemos) estar sujeto(s) a acción judicial a causa de dicha mala conducta.

**FIRMA(S)**

\_\_\_\_\_  
 Solicitante A

\_\_\_\_\_  
 FECHA

\_\_\_\_\_  
 Solicitante B

\_\_\_\_\_  
 FECHA

## **INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE LICENCIA DE HOGAR FAMILIAR**

### **Nombre del (de los) solicitante(s)**

Ingrese el (los) nombre(s) de la(s) persona(s) que están solicitando ser licenciado(s) como padre(s) de crianza temporal. Ingrese el número de seguro social de cada persona listada en los espacios provistos. Si el solicitante está casado y vive con su cónyuge, ingrese el nombre y número de seguro social o número de identificación personal del contribuyente (ITIN) de ambas personas.

### **Domicilio**

Ingrese el domicilio completo de la ubicación actual del hogar.

### **Dirección postal**

Utilice esto ÚNICAMENTE cuando la dirección postal difiere de la ubicación real del hogar.

### **Nº telefónico**

Ingrese el código de área y el número de teléfono particular y del trabajo, si se aplica.

Todos los solicitantes deben responder las preguntas que aparecen al final de la página 3.

Si hay un solicitante, deberá firmar el formulario. Si los solicitantes están juntos o casados, ambos deberán firmar.

DCFS es un empleador que no discrimina y prohíbe la discriminación ilegal en todos sus programas y/o servicios.