

### FORMULARIO DE APROBACIÓN DE CRÉDITO POR ENTRENAMIENTO DE PADRES DE CRIANZA

**POR FAVOR IMPRIMA.** Mantenga el original en sus archivos. Fax o envíe por correo una copia a: Oficina de Capacitación del DCFS, 406 E. Monroe, estación 122, Springfield, IL 62701, Fax 217-782-9301 dentro de los 30 días siguientes de finalizar la capacitación. Las solicitudes presentadas en 6 meses o más después del entrenamiento no serán aprobados. Los formularios de de aprobación de crédito que sean ilegibles o incompletos serán devueltos. Un formulario es necesaria para cada persona y para cada evento de capacitación.

1. **INFORMACIÓN DE LOS PADRES - MARQUE UNO:**  **Padres de Crianza sin parentesco**  **Padres de Crianza con parentesco**  
 **Otro** \_\_\_\_\_

Los Últimos Cuatro Números del Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Apellido) \_\_\_\_\_  
Por favor use letra de molde Por favor use letra de molde

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado de Illinois Código Postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Código de Área y Núm. Tel. del Hogar: \_\_\_\_\_ Núm. de móvil: \_\_\_\_\_

¿Tiene acceso a computadora?  Sí  No ¿Tiene acceso a la red electrónica (Internet)?  Sí  No

Dirección de **correo electrónico**: \_\_\_\_\_

**2. INFORMACIÓN DE LICENCIAMIENTO – Llame a la oficina de su agencia para esta información si usted no la sabe.**

Número de Licencia de Cuidados de Crianza Temporal: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Especialista del Desarrollo Familiar/Nombre del Representante de Licenciamiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ E-mail del Trabajador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. Tel: ( ) \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado de Illinois Código Postal: \_\_\_\_\_

**3. TIPO DE ENTRENAMIENTO – marque UN recuadro**

- A.  Clase de Curso de Entrenamiento  Curso en Línea

Nombre o Título de la Clase de Curso/ Curso en Línea \_\_\_\_\_

Ubicación del Entrenamiento/Nombre de la Agencia/Dirección en la Web \_\_\_\_\_

- B.  Videocinta / Audio cinta/ DVD - Tiempo de duración: Horas \_\_\_\_\_ Minutos \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ ¿Obtenido de la Biblioteca de DCFS?  Sí  No

- C.  Libro Número de Páginas \_\_\_\_\_ Autor: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_ ¿Obtenido de la Biblioteca de DCFS?  Sí  No

**Adjunte a este formulario una copia de la tabla de contenido del libro que haya leído si este libro no es de la biblioteca de DCFS.**

4. FECHAS DE ENTRENAMIENTO(S) \_\_\_\_\_

Hora del Comienzo del Entrenamiento: \_\_\_\_\_ Hora del Término: \_\_\_\_\_ (cada día)

Duración del Entrenamiento: \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_ Minutos (los tiempos de descansos y de comida no cuentan)

5. NOMBRE(S) DEL(DEL) INSTRUCTOR(ES) DEL CURSO O ENTRENAMIENTO EN LÍNEA:

\_\_\_\_\_

6. DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS OBJETIVOS DEL ENTRENAMIENTO

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

7. DESCRIBA CÓMO ESTE ENTRENAMIENTO SERÁ ÚTIL PARA EL TRABAJO QUE USTED HACE COMO PADRE/MADRE DE CRIANZA

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

8. INDIQUE LAS ÁREAS LOS TEMAS DE **FOSTER/ADOPT PRIDE** QUE SE HAYAN TRATADO EN ESTE ENTRENAMIENTO (MARQUE LO QUE CORRESPONDA)

- Proteger y nutrir a los niños
- Satisface las necesidades del desarrollo / Trata los retrasos de desarrollo
- Las relaciones de apoyo entre los niños y las familias
- Conecta a los niños a las relaciones de seguridad fomentando lazos de por vida
- Trabajo como miembro de un equipo profesional

9. FIRMA DEL (LA) PADRE/MADRE \_\_\_\_\_ FECHA DE ENVÍO: \_\_\_\_\_

PADRES DE CRIANZA / ADOPTIVOS – LOS SIGUIENTES SE DEBERÁN ADJUNTARSE A ESTE FORMULARIO:

- 1) Descripción detallada del programa o de la agenda, incluida el objetivo del Entrenamiento
- 2) Prueba de la asistencia
- 3) Tabla de contenidos de un libro que haya leído, si no fue prestado de la biblioteca de préstamo de DCFS.

**POR FAVOR ENVIAR LA SOLICITUD DE CRÉDITO DE FORMACIÓN EN 30 DÍAS DESPUÉS DE LA FORMACIÓN. LAS SOLICITUDES PRESENTADAS EN SEIS MESES O MÁS DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO NO SERÁ APROBADO**

**Anotación: Esta sección se completa por el Designado de Entrenamiento del DCFS**

**Note: This section completed by DCFS Training Designee**

- Approved for** \_\_\_\_\_ **Foster Parent Training Credit Hour(s)**
- Disapproved** **Comments:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- More Information Needed** **Comments:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Reviewed By** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Regional Training Manager**