**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

Division of Safety and Permanence

**Decisión sobre licencia de cuidador familiar**

RELATIVE CAREGIVER LICENSING DECISION

**Uso del formulario:** Este formulario debe ser completado cuando un familiar de Kinship Care (Cuidados por pariente) ordenado por la Corte solicita una licencia de hogar de crianza y esta es denegada o se determina que no es elegible; la completación del formulario se ajusta al requisito de información que debe entregarse a la Corte, según las
s. 48.57(3m)(ap)(3), 48.57(3n)(ap)(3), Wisconsin Statutes o el Ch. DCF 58.09(3) Admin. Code. La información personal que entregue puede utilizarse para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

|  |
| --- |
| **I. Información del menor** |
| Fecha de completación del formulario      | Nombre – Agencia      |
| Nombre – Menor (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)      | Fecha de nacimiento – Menor      | Número de caso de la Corte      |
| Número de caso en eWiSACWIS      |
| **II. Información del cuidador familiar** |
| Número de proveedor en eWiSACWIS      |
| Nombre – Cuidador familiar 1 (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)      |
| Nombre – Cuidador familiar 2 (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)      |
| Dirección – (calle, ciudad, estado, código postal)      |
| **III. Decisión sobre la solicitud de licencia** |
| Seleccione una de las opciones a continuación.[ ]  Denegada[ ]  Declarada no elegible |
| Explicación de la decisión de la solicitud de licencia:      |
| **V. Información de revisión de antecedentes, como se especifica en las s.48.57(3pm) y 48.57(3n), Wisconsin Statutes** |
|       |
| **VI. Evaluación del departamento del condado o del departamento de la seguridad del familiar de Kinship Care (Cuidados por pariente) o del hogar del familiar de Kinship Care (Cuidados por pariente) a largo plazo y de la capacidad del familiar de Kinship Care (Cuidados por pariente) o de Kinship Care (Cuidados por pariente) a largo plazo para cuidar del menor.** |
|       |
| **VII. Agencia que toma la determinación sobre la licencia** |
| Nombre – Agencia      |
| Dirección – Agencia      |
| Nombre – Trabajador de licencias      | **FIRMA** – Trabajador de licencias | Fecha de firma      |
| Nombre – Trabajador de licencias      | **FIRMA** – Trabajador de licencias | Fecha de firma      |
| **VIII. Recomendación del departamento del condado o del departamento sobre la colocación continua del menor en el hogar del familiar de Kinship Care (Cuidados por pariente) o del familiar de Kinship Care (Cuidados por pariente) a largo plazo.** |
|       |
| Nombre – Trabajador(a) social      | **FIRMA** – Trabajador(a) social | Fecha de firma      |
| Nombre – Supervisor      | **FIRMA** – Supervisor | Fecha de firma      |