

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
**DECLARACIÓN DEL POSIBLE PADRE O DE LA POSIBLE MADRE DE
CRIANZA DE EMERGENCIA**

Instrucciones:

Posible padre/madre de crianza de emergencia: Complete, firme y feche esta declaración.

Trabajador de caso: Firme y feche esta declaración.

Nosotros, _____
POSIBLE PADRE O MADRE DE CRIANZA DE EMERGENCIA

con domicilio en: _____

_____ DE EMERGENCIA
DIRECCIÓN DEL POSIBLE PADRE O DE LA POSIBLE MADRE DE CRIANZA DE EMERGENCIA

somos _____ de
RELACIÓN CON LOS NIÑOS O EL PADRE O LA MADRE DE LOS NIÑOS EN CRIANZA TEMPORAL

_____/_____/_____
NOMBRE DEL NIÑO EN CRIANZA TEMPORAL FECHA DE NACIMIENTO

_____/_____/_____
NOMBRE DEL NIÑO EN CRIANZA TEMPORAL FECHA DE NACIMIENTO

_____/_____/_____
NOMBRE DEL NIÑO EN CRIANZA TEMPORAL FECHA DE NACIMIENTO

INICIALES

Estamos dispuestos y podemos criar temporalmente a los niños que se listan arriba.

INICIALES

Estamos dispuestos y podemos criar temporalmente a los niños que se listan arriba.

INICIALES

Entendemos que los niños que se listan arriba están bajo la tenencia legal del comisionado.

INICIALES

Entendemos que, aceptando la responsabilidad de criar temporalmente a los niños que se listan arriba, acordamos cumplir con todos los requisitos pertinentes a la crianza temporal, incluyendo, entre otros, aquellos relacionados con el papel y la autoridad de la agencia que certifica o aprueba, y del Departamento de Servicios Sociales Local (*Local Department of Social Services, LDSS*) o de la Administración de Servicios para Niños (*Administration for Children's Services, ACS*).

INICIALES

Aceptamos no usar castigos físicos con los niños que se listan arriba.

INICIALES

Nosotros y todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años aceptamos completar y presentar, en un plazo de siete días desde la asignación a nuestra vivienda de los niños que se listan arriba, un formulario de verificación de datos del Registro Central del Estado (*Statewide Central Register, SCR*) y un formulario de verificación de la Lista de Exclusión de Personal (*Staff Exclusion List, SEL*) a la agencia responsable de nuestra certificación o aprobación.

Nosotros y todos los miembros del grupo familiar mayores de 18 años aceptamos que nos tomen las huellas dactilares, como máximo, dos semanas después de la asignación a nuestra vivienda de los niños que se listan arriba.

INICIALES

Damos nuestro consentimiento para la revisión de los registros de la agencia para determinar si tenemos antecedentes de abuso o maltrato.

INICIALES

FIRMA DEL POSIBLE PADRE O DE LA POSIBLE MADRE DE CRIANZA
DE EMERGENCIA

/ /

FECHA

FIRMA DEL POSIBLE PADRE O DE LA POSIBLE MADRE DE CRIANZA
DE EMERGENCIA

/ /

FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR DE CASO

/ /

FECHA