



APPLICATION FOR FOSTER/ADOPT PARENT
PLEASE PRINT ALL INFORMATION BELOW

Please Check Appropriate Location:

- Abilene/Odessa Austin/Waco Dallas/Ft. Worth Houston Area San Antonio

Family Name:

License Type (check one):

- Foster Foster-to-Adopt Kinship

Applicant 1	First Name	Middle Name	Last Name	
Applicant 2	First Name	Middle Name	Last Name	
Physical Home Address		City	State	Zip
County	Home Phone:		Fax:	
Applicant #1 Mobile Phn:		Applicant #1 Email address:		
Applicant #2 Mobile Phn:		Applicant #2 Email address:		
Directions to the home from Pathways office:				
Home Information <input type="checkbox"/> Own <input type="checkbox"/> Rent	Year home was built:	Homeowner or Renter's Insurance <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Length of residency:	
Total number of rooms:	Number of bedrooms:	Total square footage:		
Name of Local School District:		Elementary School Name:		
Middle School Name:		High School Name:		

**PLEASE LIST ALL PREVIOUS ADDRESSES FOR EACH CAREGIVER IN THE LAST TEN (10) YEARS.
 INCLUDE THE MONTH/YEAR AND COMPLETE ADDRESS:**

Applicant #1 - Street	City	County	State	Zip	Start (month/yea		End (month/yea	
Applicant #2 - Street	City	County	State	Zip	Start (month/yea		End (month/yea	

****Attach a separate page with additional addresses (if needed)***

APPLICATION FOR FOSTER/ADOPT PARENT
PLEASE PRINT ALL INFORMATION BELOW

Applicant 1	Applicant 2
Nicknames	Nicknames
Previous or Maiden Name	Previous or Maiden Name
Social Security Number	Social Security Number
Are you a US Citizen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Are you a US Citizen? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Driver's License Number	Driver's License Number
Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Religion	Religion
Date of Birth	Date of Birth
Employer	Employer
Occupation (job title)	Occupation (job title)
Work Hours	Work Hours
Education – highest grade completed / degree	Education – highest grade completed / degree
Birthplace	Birthplace
Marital Status	Marital Status
If previously married, how many and when terminated?	If previously married, how many and when terminated?
Primary Language	Primary Language
Secondary Language	Secondary Language
Prior Military Service <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type of Discharge:	Prior Military Service <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Type of Discharge:
Have you ever had any legal involvement resulting in arrest, indictment, conviction, probation, deferred adjudication, community service, or fines (not including minor traffic violations)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you ever had any legal involvement resulting in arrest, indictment, conviction, probation, deferred adjudication, community service, or fines (not including minor traffic violations)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes to the above question, explain (attach a separate page if needed):	If yes to the above question, explain (attach a separate page if needed):
Have you or your family ever had any involvement with Child Protective Services? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you or your family ever had any involvement with Child Protective Services? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes to the above question, explain (attach a separate page if needed):	If yes to the above question, explain (attach a separate page if needed):
Please provide information on any prior experience working with children:	Please provide information on any prior experience working with children:

EMPLOYMENT HISTORY (please list your last four employers beginning with the most current):

APPLICANT #1

Employer:		Phone:
Address:		Title/Position:
Immediate Supervisor:		Monthly salary (gross/net):
Supervisor Email:		
Dates of Employment: From:	To:	Reason for Leaving:
Employer:		Phone:
Address:		Title/Position:
Immediate Supervisor:		Monthly salary (gross/net):
Supervisor Email:		
Dates of Employment: From:	To:	Reason for Leaving:
Employer:		Phone:
Address:		Title/Position:
Immediate Supervisor:		Monthly salary (gross/net):
Supervisor Email:		
Dates of Employment: From:	To:	Reason for Leaving:
Employer:		Phone:
Address:		Title/Position:
Immediate Supervisor:		Monthly salary (gross/net):
Supervisor Email:		
Dates of Employment: From:	To:	Reason for Leaving:
Permission to contact the above employer(s):		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

EMPLOYMENT HISTORY (please list your last four employers beginning with the most current):

APPLICANT #2

Employer:		Phone:
Address:		Title/Position:
Immediate Supervisor:		Monthly salary (gross/net):
Supervisor Email:		
Dates of Employment: From:	To:	Reason for Leaving:
Employer:		Phone:
Address:		Title/Position:
Immediate Supervisor:		Monthly salary (gross/net):
Supervisor Email:		
Dates of Employment: From:	To:	Reason for Leaving:
Employer:		Phone:
Address:		Title/Position:
Immediate Supervisor:		Monthly salary (gross/net):
Supervisor Email:		
Dates of Employment: From:	To:	Reason for Leaving:
Employer:		Phone:
Address:		Title/Position:
Immediate Supervisor:		Monthly salary (gross/net):
Supervisor Email:		
Dates of Employment: From:	To:	Reason for Leaving:
Permission to contact the above employer(s): <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No </div>		



APPLICATION FOR FOSTER/ADOPT PARENT
PLEASE PRINT ALL INFORMATION BELOW

Foster parents are reimbursed for most of the expenses related to caring for a child, but State regulations and Pathways policies require that foster parents have sufficient income to maintain their home without being dependent on this expense reimbursement. Please fill out the following income-related information which is subject to verification.

Monthly Income

The family's **TOTAL** reported **MONTHLY INCOME** is \$ _____ **Gross / Net (circle one)** consisting of monies received from:

Applicant #1 Income	\$	Social Security Benefits	\$
Applicant #2 Income	\$	Public Assistance	\$
Retirement Pension(s)	\$	Disability	\$
Rental Property Income	\$	Other (please list):	\$

Investments

Savings	\$	401k	\$
IRA	\$	Other Investments	\$

Monthly Expenses

House Rent/Mortgage	\$	Clothing/Personal Items	\$
Other Property	\$	Recreation/Entertainment	\$
Automobile(s)	\$ \$ \$	Life & Medical Insurance (exclusive of payroll deductions)	\$
Gasoline/ Vehicle Maintenance	\$	Church (Tithes/Offerings)	\$
Insurance (Auto, Rental, Homeowner's)	\$	Groceries	\$
Medical/Dental Expenses	\$	Utilities and Phone	\$
Charity Donations	\$	Pet Expenses	\$
Other (please list):	\$	Other (please list):	\$

Debts (Loans/Credit Cards)	Original Amount	Balance	Monthly Payment
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

Total Monthly Outgoing Expenses:
(Total of all listed above) \$

*****Proof of Income must be submitted to include: 1) Proof of income for the past 60 days or two complete calendar months – disability, social security, and/or other sources of income such as family support, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) and Temporary Assistance for Needy Families (TANF) must be included, as applicable; and 2) A copy of two consecutive itemized bank statements and/or the previous year's tax return. The bank statements must be related to the previous two calendar months prior to the date of application.**

MINOR BIOLOGICAL OR ADOPTIVE CHILDREN OF APPLICANTS

Name	Birth Date	Age	Gender	Address (if other than your home)

***PLEASE INCLUDE COPIES OF BIRTH CERTIFICATES FOR ALL CHILDREN LIVING IN THE HOME WHO ARE UNDER THE AGE OF FOURTEEN (14).

OTHER INDIVIDUALS CURRENTLY LIVING IN THE HOME

Name	Birth Date	Gender	Relationship

ADULT CHILDREN OF APPLICANTS

Name #1:	Phone:
Address:	Email:
Name #2:	Phone:
Address:	Email:
Name #3:	Phone:
Address:	Email:
Name #4:	Phone:
Address:	Email:

*Attach names & contact information for all additional adult children on a separate page (if needed)

PETS

# of Dogs	# of Cats	# of Other Pets

CHARACTER REFERENCES

Please give the names and addresses of three persons **(ONLY 1 REFERENCE CAN BE A FAMILY MEMBER)** to be used as personal character references. **IT IS ESSENTIAL TO INCLUDE ALL OF THE REQUESTED INFORMATION.**

Possible persons are neighbors, school personnel if the prospective foster parents have school age children, clergy, or any other member of the prospective foster parents' community who are unrelated to the foster parents and can provide a description of the prospective foster parents' suitability to provide care for children

Name 1		
Street Address		
City	State	Zip
Telephone Number		Email
Name 2		
Street Address		
City	State	Zip
Telephone Number		Email
Name 3		
Street Address		
City	State	Zip
Telephone Number		Email
Alternate (in case any of above references do not respond in timely fashion)		
Street Address		
City	State	Zip
Telephone Number		Email

NOTE: In order to ensure accuracy of the information obtained from personal references, Pathways reserves the right to not disclose either the source or the content of the reference in the Home Study.

APPLICATION FOR FOSTER/ADOPT PARENT
PLEASE PRINT ALL INFORMATION BELOW

HAVE YOU EVER APPLIED TO BE A FOSTER OR ADOPTIVE PARENT FOR ANOTHER AGENCY IN THE PAST?
 YES NO

HAVE YOU EVER BEEN LICENSED AS A FOSTER OR ADOPTIVE PARENT FOR ANOTHER AGENCY IN THE PAST?
 YES NO

ARE YOU CURRENTLY LICENSED AS A FOSTER OR ADOPTIVE HOME BY ANOTHER AGENCY?
 YES NO

HAVE YOU EVER BEEN DENIED A FOSTER OR ADOPTIVE VERIFICATION/CERTIFICATION OR HAD YOUR VERIFICATION/CERTIFICATION REVOKED?
 YES NO

If you answered yes for any of the above questions, please complete the following:

Agency Name	Agency City	Applied?	Licensed?	Denied?/Revoked?
		<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:
		<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:
		<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:
		<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:
		<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:	<input type="checkbox"/> Date:

If you were ever denied a foster or adoptive verification/certification or had your verification/certification revoked, please list the reason(s):

DO YOU CURRENTLY HAVE ANY CHILD(REN) LIVING IN YOUR HOME PLACED THROUGH CHILD PROTECTIVE SERVICES (CPS) AS A SAFETY PLAN, RELATIVE OR KINSHIP PLACEMENT?
 YES NO

IF YES, ARE THE CHILDREN RELATED TO YOU?
 YES NO

DO YOU OWN ANY WEAPONS OR FIREARMS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DO YOU HAVE A TRAMPOLINE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DO YOU HAVE A POOL OR HOT TUB? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
DO YOU HAVE ANY GAS APPLIANCES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DO YOU HAVE ANY GAS UTILITIES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	DO YOU USE TABACCO PRODUCTS OR VAPE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

If you were to contact the police in the case of an emergency, what police department would respond?

Foster/Adoptive Family Identified Support Network

Please list any individuals with whom you have a close relationship and would be willing and able to assist you during a time of crisis or immediate need.

Emergency Support Name(s):		
Address:		County:
City:	ST:	Zip:
Primary Phone Number:		Alternate Phone Number:
Email #1:		Email #2:

Emergency Support Name (optional):		
Address:		County:
City:	ST:	Zip:
Primary Phone Number:		Alternate Phone Number:
Email #1:		Email #2:

PLEASE PREPARE THESE INDIVIDUALS THAT A PATHWAYS REPRESENTATIVE WILL BE CONTACTING THEM TO CONFIRM THEIR WILLINGNESS TO SUPPORT YOUR FAMILY SHOULD THE EMERGENCY NEED ARISE.

NEW HOUSEHOLD MEMBERS, RESPITE PROVIDERS, BABYSITTERS AND FREQUENT VISITORS CANNOT PROVIDE CARE FOR ANY FOSTER OR ADOPTIVE CHILD UNTIL THE PERSON SUBMITS AN APPLICATION, RESULTS OF THE FBI FINGERPRINTS HAVE BEEN RECEIVED, THE PERSON MEETS ALL PRE-REQUISITES, AND IS FORMALLY APPROVED IN WRITING BY PATHWAYS STAFF.

This section to be completed by Pathways Staff ONLY:

<i>Emergency Support Name:</i>	<i>Date Contacted:</i>
<i>Response to willingness to provide support:</i>	
<i>Emergency Support Name:</i>	<i>Date Contacted:</i>
<i>Response to willingness to provide support:</i>	
<i>Typed/Printed Staff Name Who Contacted Emergency Supports:</i>	<i>Staff Signature:</i>

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW CAREFULLY.

Pathways Youth and Family Services (Pathways) provides many types of services and programs. Pathways staff must collect information about you to provide these services. We know that information we collect about you and your health is private. Federal and state laws require us to protect the information we collect. We call this information “protected health information” or “PHI”. This may include any information that relates to (1) your past, present, or future physical or mental health or condition; (2) providing health care to you; or (3) the past, present, or future payment of your health care.

This Notice of Privacy Practices tells you how Pathways may use or disclose information about you. Not all situations will be described. We are required to give you a notice of our privacy practices for the information we collect and keep about you. The Agency is required to follow the terms of the notice currently in effect according to the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996. If you have any questions please contact the person(s) listed at the end of this notice.

Your Privacy Rights

The law gives you the right to:

See and Get Copies of Your Records

In most cases, individuals ages 18 or older, have the right to look at or get copies of your records. Minors, ages 14 or older, must have the written permission from their legal guardian to request copies of your records. You must make the request in writing. You may be charged a fee for the cost of copying your records.

Right to Request to Correct or Update Your Records

You may ask Pathways to change or add missing information to your records if you think there is a mistake. You must make the request in writing and provide a reason for your request.

Right to Get a List of Disclosures

You have the right to ask Pathways for a list of disclosures made after April 14, 2003. You must make the request in writing. This list will not include the times that information was disclosed for treatment, payment, or health care operations. The list will not include information provided directly to you or your family, or information that was sent with your authorization.

Right to Request Limits on Uses or Disclosures of PHI

You have the right to ask Pathways to limit how your information is used or disclosed, including not having information about a service or item you have paid for in full disclosed to a health plan. You must make the request in writing and specify what information you want to limit and to whom you want the limits to apply. Pathways is not required to agree to the restriction, except in the case where you have paid in full for a service or item and you do not want information about that service or item disclosed to a health plan. You can request that the restrictions be terminated. A request to terminate a restriction may be communicated to Pathways either in writing or verbally.

Right to Revoke Permission

If you are asked to sign an authorization to use or disclose information, you can cancel that authorization at any time. You must make the request in writing. This will not affect information that has already been shared.

Right to Choose How We Communicate With You

You have the right to ask Pathways to share information with you in a certain way or in a certain place. For example, you may ask Pathways to send information to your work address instead of your home address. You must make this request in writing. You do not have to explain the basis for your request.

Right to File a Complaint

You have the right to file a complaint if you do not agree with how Pathways has used or disclosed information about you.

Right to Get a Paper Copy of this Notice

You have the right to ask for a paper copy of this notice at any time.

How Pathways Uses and Discloses Health Information that Identifies You

For Treatment

Pathways may use or disclose information with health care providers who are involved in your health care. For example, information may be shared to create and carry out a plan for your treatment.

Appointments and Other Health Information

Pathways may send you reminders for medical care or checkups or information concerning health services that may be of interest to you.

For Payment

Pathways may use or disclose information to obtain payment or to pay for the health care services you receive. For example, Pathways may provide protected health information to your health plan in order to bill your health plan for health care services provided to you.

For Health Care Operations

Pathways may use or disclose information in order to manage its programs and activities. For example, Pathways may use protected health information to review the quality of services you receive.

For Contractors

Pathways may disclose health information about you to an Agency contractor if the contractor:

- needs the information to perform services for Pathways; and
- agrees to protect the privacy of the information

For Eligibility

Pathways may use your protected health information to determine eligibility for and/or the level of assistance for programs operated by Pathways, such as: Medicaid and Children's Health Insurance Program (CHIP).

For Health Oversight Activities

Pathways may use or disclose information to inspect or investigate health care providers.

As Required by Law and For Law Enforcement

Pathways will use and disclose information when required or permitted by federal or state law or by a court order and for other specialized government functions allowed by HIPAA regulations, such as: to military command authorities, to the Department of State, for protective services to the President and others, and to a public or private entity authorized by law or charter to assist in disaster relief efforts.

For Government Programs

Pathways may use and disclose information for public benefits under other government programs. For example, Pathways may disclose information for the determination of Supplemental Security Income (SSI) benefits.

For Abuse Reports and Investigations

Pathways is required by law to receive and investigate reports of abuse.

To Avoid Harm

Pathways may disclose protected health information to law enforcement or public health authorities in order to avoid a serious threat to the health and safety of a person or the public.

For Research

Pathways may use information for studies and to develop reports. Any studies or reports prepared for research purposes would not identify specific people.

Disclosures to Family, Friends, and Others

Pathways may disclose information to your family or other individuals involved in your medical care. You have the right to object to the sharing of this information. However, if you are not present or are otherwise unable to object or provide consent, Pathways may disclose information about you to another person only as necessary for your best interest.

To Recover Amounts Owed to the State or Federal Government

Pathways may disclose information to other third-party payment sources for the purposes of recovering amounts owed to the state or federal government as a result of overpayments or over issuances of program benefits.

Please note: If you are being treated for alcohol or drug abuse, Pathways will not disclose this information without your written permission. We will not disclose any information identifying you as an alcohol, drug, or substance user, except as allowed by law. We also will not disclose psychotherapy notes without your written permission except as allowed by law.

Uses and Disclosures Requiring Your Written Authorization

For other situations, Pathways will request your written authorization before using or disclosing protected health information. You may cancel this authorization at any time in writing. Pathways cannot take back any uses or disclosures already made with your authorization.

How to Contact Pathways to Review, Correct, or Limit Your Protected Health Information

You may contact the Pathways Privacy Officer to:

- ask to look at or copy your records
- ask to correct or change your records
- ask to limit how information about you is used or disclosed
- ask for a list of the times Pathways disclosed information about you
- ask to cancel your authorization

Pathways may deny your request to look at, copy, or change your records. If Pathways denies your request, we will send you a letter informing you why your request was denied and how you can request a review of the denial. You will also receive information about how to file a complaint with Pathways or with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights.

For More Information

If you have any questions about this notice or need more information, please contact any Pathways staff member or Pathways' Privacy Officer.

Additional Information

In the future, Pathways may make changes to the Notice of Privacy Practices. Any changes will apply to information Pathways already has, as well as any information Pathways may receive in the future. A copy of new notices will be posted at each Pathways office location as well as on our Internet website www.pathway.org and provided as required by law. You may ask for a copy of the current notice any time you visit a Pathways' office. Pathways will always release only the minimum amount of information necessary to meet the needs of the requestor.

How to File a Complaint or Report a Problem

You may contact any of the following offices if you would like to file a complaint or report a problem with how Pathways used or disclosed information about you. Your benefits will not be affected by any complaints you make. Pathways cannot retaliate against you for filing a complaint, cooperating in an investigation, or refusing to agree to something that you believe to be unlawful.

Pathways Youth and Family Services, Inc.

222 Sidney Baker South, Suite 415; Kerrville, TX 78028
Phone: (830) 515-4343
Fax: (830) 232-6522

HIPAA Privacy Officer

14205 Burnet Rd. (Loop 1), Suite 100
Austin, TX 78728
(512) 275-1285 Phone
(512) 275-1311 Fax
Email: HIPAA@pathway.org

Office for Civil Rights

Regional Manager
Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young St., Suite 1169
Dallas, TX 75202
Phone: 800-368-1019
Fax: 214-767-0432 TDD: 800-537-7697
Email: ocrcomplaint@hhs.gov



Acknowledgement of Receipt of Notice of Privacy Practices

Notice to Prospective Foster/Adopt Parents:

We are required to provide you with a copy of our Notice of Privacy Practices, which states how we may use and/or disclose your health information. Please sign this form to acknowledge receipt of the Notice. You may refuse to sign this acknowledgement, if you wish.

I acknowledge that I have received a copy of Pathways' Notice of Privacy Practices.

Applicant #1 (PRINT) Name Here: _____

Signature: _____ **Date:** _____

Applicant #2 (PRINT) Name Here: _____

Signature: _____ **Date:** _____

FOR PATHWAYS USE ONLY

We have made every effort to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy but it could not be obtained because:

- The individual refused to sign.
- Due to an emergency situation it was not possible to obtain an acknowledgement.
- We weren't able to communicate with the patient.
- Other (*Please provide specific details*):

Employee Printed Name: _____

Employee Signature: _____ **Date:** _____

This form does not constitute legal advice and covers only federal, not state, law.



AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION FOR BACKGROUND CHECKS

I hereby authorize any licensed child-placing agency, employers, law enforcement, and my personal and professional references to disclose records and/or information relating to my experience to: **Pathways Youth and Family Services, Inc.**

Office Location: (CHECK ONE BELOW)

- Abilene/Odessa
 Austin/Waco
 Dallas/Ft. Worth
 Houston Area
 San Antonio

This authorization also includes all verbal communication between anyone releasing information and Pathways staff or contractors and is related to my approval as a **foster parent, household member, babysitter, respite provider, and frequent visitor** to a Pathways foster home.

PLEASE **CHECK ONLY ONE** OF THE OPTIONS BELOW - Disclosure is made for the purpose of:

<input type="checkbox"/> Foster Parent Applicant <i>FBI fingerprinting will be required - If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required</i>	<input type="checkbox"/> Adoptive Parent Applicant <i>FBI fingerprinting will be required. - If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required</i>	<input type="checkbox"/> Household Member (14 years & older) in a licensed foster/adoptive home <i>FBI fingerprinting will be required - If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required</i>
<input type="checkbox"/> Frequent Visitor Serving as Designated Emergency Support Provider and/or will be left unsupervised with children in a licensed foster/adoptive home (18 years & older) <i>FBI fingerprinting will be required. If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required.</i>		
<input type="checkbox"/> Frequent Visitor to a licensed foster/adoptive home who visits home twice or more in a 30-day period or visits more than 6 consecutive days. Will not be left unsupervised with children (14 years & older) <i>FBI fingerprinting not required – but MAY be required if resided outside of TX within the last 5 years or if they currently reside outside of TX</i>		
Foster/Adoptive Parent's Relationship to Children being placed at time of Background Check: <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Fictive Kin <input type="checkbox"/> Unrelated		

I HEREBY RELEASE THE LICENED CHILD PLACING AGENCY AND ITS OFFICERS AND EMPLOYEES PROVIDNG THIS INFORMATION FROM ANY AND ALL CLAIMS WHICH MAY ARISE FROM RELEASING THIS INFORMATION.

PLEASE PRINT INFORMATION BELOW - ALL INFORMATION IS REQUIRED – INDICATE "N/A" IF IT IS NOT APPLICABLE

Name of Foster Home				
First Name		Middle Name (as seen on Birth Certificate)		Last Name
Maiden Name		Nickname(s)		Any other name(s) used
Street Address			City	State Zip Code
County		Home Phone		Cell Phone
Date of Birth		Social Security Number		Driver's License or State ID Number
Email Address				
List all other cities <u>IN TEXAS</u> where there has been residency				
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Not Hispanic		Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White		

List all other cities and counties **OUTSIDE of Texas** where there has been residency within the last 5 years with dates

Street	City	ST	Zip	County	Start Date (Month/Year)	End Date (Month/Year)

X _____
 APPLICANT SIGNATURE

X _____
 PARENT SIGNATURE (IF UNDER AGE 18)



AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION FOR BACKGROUND CHECKS

I hereby authorize any licensed child-placing agency, employers, law enforcement, and my personal and professional references to disclose records and/or information relating to my experience to: **Pathways Youth and Family Services, Inc.**

Office Location: (CHECK ONE BELOW)

- Abilene/Odessa
 Austin/Waco
 Dallas/Ft. Worth
 Houston Area
 San Antonio

This authorization also includes all verbal communication between anyone releasing information and Pathways staff or contractors and is related to my approval as a **foster parent, household member, babysitter, respite provider, and frequent visitor** to a Pathways foster home.

PLEASE CHECK ONLY ONE OF THE OPTIONS BELOW - Disclosure is made for the purpose of:

<input type="checkbox"/> Foster Parent Applicant <i>FBI fingerprinting will be required - If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required</i>	<input type="checkbox"/> Adoptive Parent Applicant <i>FBI fingerprinting will be required. - If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required</i>	<input type="checkbox"/> Household Member (14 years & older) in a licensed foster/adoptive home <i>FBI fingerprinting will be required - If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required</i>
<input type="checkbox"/> Frequent Visitor Serving as Designated Emergency Support Provider and/or will be left unsupervised with children in a licensed foster/adoptive home (18 years & older) <i>FBI fingerprinting will be required. If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required.</i>		
<input type="checkbox"/> Frequent Visitor to a licensed foster/adoptive home who visits home twice or more in a 30-day period or visits more than 6 consecutive days. Will not be left unsupervised with children (14 years & older) <i>FBI fingerprinting not required – but MAY be required if resided outside of TX within the last 5 years or if they currently reside outside of TX</i>		
Foster/Adoptive Parent's Relationship to Children being placed at time of Background Check: <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Fictive Kin <input type="checkbox"/> Unrelated		

I HEREBY RELEASE THE LICENED CHILD PLACING AGENCY AND ITS OFFICERS AND EMPLOYEES PROVIDNG THIS INFORMATION FROM ANY AND ALL CLAIMS WHICH MAY ARISE FROM RELEASING THIS INFORMATION.

PLEASE PRINT INFORMATION BELOW - ALL INFORMATION IS REQUIRED – INDICATE "N/A" IF IT IS NOT APPLICABLE

Name of Foster Home				
First Name		Middle Name (as seen on Birth Certificate)		Last Name
Maiden Name		Nickname(s)		Any other name(s) used
Street Address			City	State Zip Code
County		Home Phone		Cell Phone
Date of Birth		Social Security Number		Driver's License or State ID Number
Email Address				
List all other cities <u>IN TEXAS</u> where there has been residency				
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Not Hispanic		Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White		

List all other cities and counties **OUTSIDE of Texas** where there has been residency **within the last 5 years with dates**

Street	City	ST	Zip	County	Start Date (Month/Year)	End Date (Month/Year)

X _____
APPLICANT SIGNATURE

X _____
PARENT SIGNATURE (IF UNDER AGE 18)



AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION FOR BACKGROUND CHECKS

I hereby authorize any licensed child-placing agency, employers, law enforcement, and my personal and professional references to disclose records and/or information relating to my experience to: **Pathways Youth and Family Services, Inc.**

Office Location: (CHECK ONE BELOW)

- Abilene/Odessa
 Austin/Waco
 Dallas/Ft. Worth
 Houston Area
 San Antonio

This authorization also includes all verbal communication between anyone releasing information and Pathways staff or contractors and is related to my approval as a **foster parent, household member, babysitter, respite provider, and frequent visitor** to a Pathways foster home.

PLEASE CHECK ONLY ONE OF THE OPTIONS BELOW - Disclosure is made for the purpose of:

<input type="checkbox"/> Foster Parent Applicant <i>FBI fingerprinting will be required - If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required</i>	<input type="checkbox"/> Adoptive Parent Applicant <i>FBI fingerprinting will be required. - If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required</i>	<input type="checkbox"/> Household Member (14 years & older) in a licensed foster/adoptive home <i>FBI fingerprinting will be required - If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required</i>
<input type="checkbox"/> Frequent Visitor Serving as Designated Emergency Support Provider and/or will be left unsupervised with children in a licensed foster/adoptive home (18 years & older) <i>FBI fingerprinting will be required. If applicant has resided outside of TX within the last 5 years Out-of-State checks will be required.</i>		
<input type="checkbox"/> Frequent Visitor to a licensed foster/adoptive home who visits home twice or more in a 30-day period or visits more than 6 consecutive days. Will not be left unsupervised with children (14 years & older) <i>FBI fingerprinting not required – but MAY be required if resided outside of TX within the last 5 years or if they currently reside outside of TX</i>		
Foster/Adoptive Parent's Relationship to Children being placed at time of Background Check: <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Fictive Kin <input type="checkbox"/> Unrelated		

I HEREBY RELEASE THE LICENED CHILD PLACING AGENCY AND ITS OFFICERS AND EMPLOYEES PROVIDNG THIS INFORMATION FROM ANY AND ALL CLAIMS WHICH MAY ARISE FROM RELEASING THIS INFORMATION.

PLEASE PRINT INFORMATION BELOW - ALL INFORMATION IS REQUIRED – INDICATE “N/A” IF IT IS NOT APPLICABLE

Name of Foster Home				
First Name		Middle Name (as seen on Birth Certificate)		Last Name
Maiden Name		Nickname(s)		Any other name(s) used
Street Address			City	State Zip Code
County		Home Phone		Cell Phone
Date of Birth		Social Security Number		Driver's License or State ID Number
Email Address				
List all other cities <u>IN TEXAS</u> where there has been residency				
Ethnicity: <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Not Hispanic		Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White		

List all other cities and counties **OUTSIDE of Texas** where there has been residency **within the last 5 years with dates**

Street	City	ST	Zip	County	Start Date (Month/Year)	End Date (Month/Year)

X _____
APPLICANT SIGNATURE

X _____
PARENT SIGNATURE (IF UNDER AGE 18)



Please ensure all the questions have been answered completely, that the application has been signed by applicants and other household members (if applicable), and the following information is returned with the application:

Copies of Driver's License: A legible copy is required for every adult member residing in the home that has a license.

Copies of Birth Certificates: Needed for those persons living in your home age 14 years or older that do not have a state issued ID or driver's license.

Proof of Social Security # for every household member 14 years or older: Can be any of the following:

- Copy of SS Card, Payroll Stub containing SS#, Military ID containing SS#, W-2, or
- If SS Card is lost, applicant can go to nearest Social Security office, request a new card and get a SS# verification Printout to turn in while waiting for card.
- A W-4,1040,1040A,1040EZ and related forms completed by the taxpayer are not acceptable

Federal Law also requires a Fingerprint-based criminal history check of the National Crime Information Center (NCIC) (otherwise known as a Federal Bureau of Investigation (FBI) check) and if an applicant and/or household member lived outside of Texas in the previous five years, a check of the other state's central registry for child abuse and neglect. **Once the completed Application is accepted, and background checks have been initiated, Pathways staff will contact you regarding the process for completing the FBI Fingerprint check(s).**



APPEAL PROCESS FOR APPLICANTS:

The following criteria define an individual or couple as an applicant:

- Submission of a full and complete application to become a Pathways foster or adoptive home AND
- Requests for Criminal History & CANRIS background checks have been submitted

Applicants have the right to appeal Pathways' decisions that directly affect them. The request for an appeal must be made within 15 days of the decision in question, must be in writing, and should be addressed to the Licensed Child Placing Agency Administrator. This individual will review the decision or action and may assign the appeal response to other supervisory staff. The final outcome of the appeal will be communicated to the applicant in writing and postmarked no later than 15 working days from date of receipt.

Applicants should send the written request for an appeal to:

Pathways Youth & Family Services, Inc.
Attn: Licensed Child Placing Agency Administrator
222 Sidney Baker, Suite 435
Kerrville, Texas 78028
Fax: (830) 315-2274

Thank you for your interest in foster/adoptive care! If you have any questions about the application, please contact Pathways staff at any of our local offices or online at www.pathway.org

DECLARATION AND AUTHORIZATION:

I (we) hereby apply to Pathways Youth and Family Services, Inc. to become a Pathways home in their foster/adoptive care program. I (we) will abide by the program and all of its requirements. I (we) declare the information provided in this Application is true, correct, and complete to the best of my knowledge. I (we) understand that all application and verification documentation submitted becomes the property of Pathways and if any information is found to be incorrect or untrue by statement or omission of fact(s), my (our) relationship with Pathways may be terminated without further action by Pathways.

I (we) authorize Pathways Youth and Family Services, Inc. to conduct character and background checks as listed on this Application to include personal references, interviews via mail and telephone with former employer(s), and local (applicable) agencies, including but not limited to law enforcement agencies and the Texas Department of Family and Protective Services (and other state children's service systems). This authorization is for the purpose of determining my (our) suitability as foster and/or adoptive parents. I (we) understand this information will be used only for this purpose and that information solicited will be unlimited. This consent will remain in effect during and after verification/certification and may be revoked by notifying Pathways Youth and Family Services, Inc. in writing with a specific date, time, event or condition upon which consent expires.

In some cases our families receive services from our Mosaic behavioral health program, and in those circumstances I authorize the sharing of information for the purposes of determining my (our) suitability as foster and/or adoptive parents.

I (we) understand this information will be used only for this purpose and that information solicited will be unlimited.

APPLICANT #1 SIGNATURE

DATE SIGNED

APPLICANT #2 SIGNATURE

DATE SIGNED

COMMENTS:



SOLICITUD PARA PADRE TEMPORAL FOSTER/ADOPT
 POR FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE PARA TODA LA INFORMACION SIGUIENTE

Por favor verifique la ubicacion corecta :

- Abilene/Odessa Austin/Waco Dallas/Ft. Worth Houston/Clear Lake/Conroe San Antonio

Nombre de la familia:

Tipo de licencia (marque uno):

- Foster Foster-para-Adoptar Parentesco

Solicitante 1	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Solicitante 2	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	
Dirección Físico		Ciudad	Edo	Código Postal
Condado	Teléfono de Casa:		Fax:	
Solicitante #1 Telefono Celular:		Solicitante #1 Correo electronico:		
Solicitante #2 Telefono Celular:		Solicitante #2 Correo electronico:		
Dirección de la oficina de Pathways a su casa:				
Información del Hogar <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Renta		Año que construyo su casa:	Seguro de casa o inquilino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiempo en su residencia:
Número total de cuartos:		Número de recamaras:	Total de pies cuadrados:	
Nombre del Distrito Escolar local:		Nombre de la escuela primaria:		
Nombre de Secundaria:		Nombre de Preparatoria:		

**POR FAVOR INDIQUE TODAS LAS DIRECCIONES DE CADA CUIDADOR DE LOS ULTIMOS DIEZ (10) ANOS.
 INCLUIR EL MES/ANO Y DIRECCION COMPLETA:**

Solicitante #1 - Calle	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	Desde (Mes/Año)		Hasta (Mes/Año)	
Solicitante #2 - Calle	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal	Desde (Mes/Año)		Hasta (Mes/Año)	

***Incluir una página por separado con direcciones adicionales (si es necesario)**



SOLICITUD PARA PADRE TEMPORAL FOSTER/ADOPT
 POR FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE PARA TODA LA INFORMACION SIGUIENTE

Solicitante #1	Solicitante #2
Apodos	Apodos
Cualquier nombre antes utilizado/de soltera	Cualquier nombre antes utilizado/de soltera
Numero de seguro social	Numero de seguro social
Es usted ciudadano americano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es usted ciudadano americano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Numero de licencia de manejo	Numero de licencia de manejo
Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Religion	Religion
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento
Empleador	Empleador
Ocupacion (titulo de empleo)	Ocupacion (titulo de empleo)
Horario de trabajo	Horario de trabajo
Educacion – Grado mas alto completado	Educacion – Grado mas alto completado
Lugar de nacimiento	Lugar de nacimiento
Estado civil	Estado civil
Si casado/a anteriormente, cuantos matrimonios y como terminaron?	Si casado/a anteriormente, cuantos matrimonios y como terminaron?
Idioma primaria	Idioma primaria
Idioma secundaria	Idioma secundaria
Servicio militar anterior <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Descarga militar:	Servicio military anterior <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Descarga militar:
Ha tenido algún tipo de implicación legal que ha resultado en una detención, acusación, convicción, libertad condicional, sentencia diferida, servicio comunitario o fianzas (no incluyendo infracciones menores de trafico)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ha tenido algún tipo de implicación legal que ha resultado en una detención, acusación, convicción, libertad condicional, sentencia diferida, servicio comunitario o fianzas (no incluyendo infracciones menores de trafico)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
De haber contestado si a la pregunta anterior, por favor explique (agregue una pagina por separado de ser necesario):	De haber contestado si a la pregunta anterior, explicar (agregue una pagina por separado de ser necesario):
Usted o su familia ha estado involucrado con Servicios de Protección al Menor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Usted o su familia ha estado involucrado con Servicios de Protección al Menor? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
De haber contestado si a la pregunta anterior, por favor explique (agregue una pagina por separado de ser necesario):	De haber contestado si a la pregunta anterior, por favor explique (agregue una pagina por separado de ser necesario):
Por favor de proveer información sobre su experiencia trabajando con niños:	Por favor de proveer información sobre su experiencia trabajando con niños:



SOLICITUD PARA PADRE TEMPORAL FOSTER/ADOPT
 POR FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE PARA TODA LA INFORMACION SIGUIENTE

HISTORIAL DE EMPLEO (Por favor de incluir los últimos cuatro empleadores empezando con el más reciente):

SOLICITANTE #1

Empresa:		Teléfono:	
Dirección:		Titulo/Posición:	
Supervisor Inmediato:		Salario Mensual (bruto/neto):	
Correo Electrónico del Supervisor:			
Fechas de Empleo: Desde:		Hasta:	Razón por Dejar Empleo:
Empresa:		Teléfono:	
Dirección:		Titulo/Posición:	
Supervisor Inmediato:		Salario Mensual (bruto/neto):	
Correo Electrónico del Supervisor:			
Fechas de Empleo: Desde:		Hasta:	Razón por Dejar Empleo:
Empresa:		Teléfono:	
Dirección:		Titulo/Posición:	
Supervisor Inmediato:		Salario Mensual (bruto/neto):	
Correo Electrónico del Supervisor:			
Fechas de Empleo: Desde:		Hasta:	Razón por Dejar Empleo:
Empresa:		Teléfono:	
Dirección:		Titulo/Posición:	
Supervisor Inmediato:		Salario Mensual (bruto/neto):	
Correo Electrónico del Supervisor:			
Fechas de Empleo: Desde:		Hasta:	Razón por Dejar Empleo:
Permiso para ponerse en contacto con Empresa(s):			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			



SOLICITUD PARA PADRE TEMPORAL F O S T E R / A D O P T
 POR FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE PARA TODA LA INFORMACION SIGUIENTE

HISTORIAL DE EMPLEO (Por favor de incluir los últimos cuatro empleadores empezando con el más reciente):

SOLICITANTE #2

Empresa:		Teléfono:	
Dirección:		Titulo/Posición:	
Supervisor Inmediato:		Salario Mensual (bruto/neto):	
Correo Electrónico del Supervisor:			
Fechas de Empleo: Desde:		Hasta:	Razón por Dejar Empleo:
Empresa:		Teléfono:	
Dirección:		Titulo/Posición:	
Supervisor Inmediato:		Salario Mensual (bruto/neto):	
Correo Electrónico del Supervisor:			
Fechas de Empleo: Desde:		Hasta:	Razón por Dejar Empleo:
Empresa:		Teléfono:	
Dirección:		Titulo/Posición:	
Supervisor Inmediato:		Salario Mensual (bruto/neto):	
Correo Electrónico del Supervisor:			
Fechas de Empleo: Desde:		Hasta:	Razón por Dejar Empleo:
Empresa:		Teléfono:	
Dirección:		Titulo/Posición:	
Supervisor Inmediato:		Salario Mensual (bruto/neto):	
Correo Electrónico del Supervisor:			
Fechas de Empleo: Desde:		Hasta:	Razón por Dejar Empleo:
Permiso para ponerse en contacto con Empresa(s):			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

SOLICITUD PARA PADRE TEMPORAL F O S T E R / A D O P T
 POR FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE PARA TODA LA
 INFORMACION SIGUIENTE

Padres Temporales son reembolsados por la mayoría de los gastos relacionados con el cuidado de un menor, pero los reglamentos del Estado y las pólizas de Pathways requieren que Padres Temporales tengas suficientes ingresos para mantener su hogar sin depender en el reembolso de los gastos. Por favor de llenar la siguiente información relacionada a sus ingresos, que está sujeta a verificación.

El reporte **TOTAL** de **INGRESOS MENSUALES** reportados por la familia son \$ _____ Bruto / Neto
 (circular uno) consistiendo del dinero recibido:

Solicitante #1 Ingresos	\$	Beneficios de Seguro Social	\$
Solicitante #2 Ingresos	\$	Asistencia publica	\$
Pensión de Retiro	\$	Dinero de Discapacidad	\$
Ingresos de Propiedades Rentadas	\$	Otros (incluir):	\$
Inversiones			
Ahorros	\$	401k	\$
Cuenta de retiro individual (IRA)	\$	Otras inversiones	\$
Gastos Mensuales			
Renta or Pago de Inmobiliaria	\$	Ropa/Artículos Personales	\$
Pagos por alguna otra vivienda	\$	Recreación / Entretenimiento	\$
Automóvil(es)	\$	Life & Medical Insurance (exclusive of payroll deductions)	\$
Gasolina/ Mantenimiento de Vehículo:	\$	Iglesia (Diezmos o Donaciones)	\$
Seguros (Coche, Inquilino, Casa)	\$	Abarrotes/Mandado	\$
Gastos Médicos o Dentales	\$	Servicios Públicos y Teléfono	\$
Donaciones de caridad	\$	Gastos de mascotas	\$
Otros (Incluir):	\$	Otros (Incluir):	\$
Préstamos u Otras Deudas	Cantidad Original	Balance	Pago Mensual
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
Total de gastos cada mes: (Total de todos los gastos mencionados arriba)		\$	

***Comprobante de Ingresos deberán ser proporcionados: 1) Comprobante de ingresos de los últimos 60 días o 2 meses anteriores- Beneficios para Incapacidad, Seguro social, u otra Fuente de ingreso, por ejemplo, ayuda familiar, Programa de Asistencia de Nutricion Suplemental (SNAP) y Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) debe ser incluido, si fuera applicable; y 2) Copia de estado de cuentas y/o Declaración de Impuestos del año anterior.



**SOLICITUD PARA PADRE TEMPORAL FOSTER/ADOPT
POR FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE PARA TODA LA
INFORMACION SIGUIENTE**

HIJOS BIOLÓGICOS O ADOPTIVOS MENORES DE LOS SOLICITANTES

Nombre	Fecha De Nacimiento	Edad	Genero	Dirección (si es diferente de su hogar)

*****POR FAVOR DE INCLUIR COPIA DE REGISTROS DE NACIMIENTOS DE TODOS LOS MENORES QUE VIVEN EN EL HOGAR Y TENGAN MENOS DE CATORCE (14) AÑOS DE EDAD.**

OTROS INDIVIDUOS ACTUALMENTE VIVIENDO EN EL HOGAR

Nombre	Fecha de Nacimiento	Genero	Relación

HIJOS ADULTOS DE LOS SOLICITANTES

Nombre #1:	Teléfono:
Dirección:	Correo Electrónico:
Nombre #2:	Teléfono:
Dirección:	Correo Electrónico:
Nombre #3:	Teléfono:
Dirección:	Correo Electrónico:
Nombre #4:	Teléfono:
Dirección:	Correo Electrónico:

***Anadir Nombres y Información de Contacto de todos los hijos adicionales en una hoja separada (Si es necesario)**

MASCOTAS

# de Perros	# de Gatos	# de otras mascotas

SOLICITUD PARA PADRE TEMPORAL F O S T E R / A D O P T
 POR FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE PARA TODA LA
 INFORMACION SIGUIENTE

REFERENCIAS DE CARACTER

Dar Nombres y Direcciones de tres personas **(SOLO UNA REFERENCIA PUEDE SER UN FAMILIAR)** que puedan ser usados como referencias de carácter personales. ES ESENCIAL INCLUIR TODA LA INFORMACION REQUERIDA.

Las personas posibles pueden ser vecinos, personal escolar si tienen hijos en la escuela, un pastor, o algún otro miembro de la comunidad de los posibles padres temporales que no tengan parentesco y puedan describir si los posibles padres temporales puedan cuidar de niños.

Nombre 1		
Calle:		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de telefono		Correo electronico
Nombre 2		
Calle		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de telefono		Correo electronico
Nombre 3		
Calle		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de telefono		Correo electronico
Suplente (en caso de que algunas de las personas arriba mencionadas no contesten oportunamente)		
Calle		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de telefono		Correo electronico

NOTA: Para asegurar la exactitud de la información obtenida de referencias personales, Pathways se reserva el derecho de no revelar la fuente o el contenido de la referencia en el estudio del hogar.

SOLICITUD PARA PADRE TEMPORAL FOSTER/ADOPT
 POR FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE PARA TODA LA
 INFORMACION SIGUIENTE

ALGUNA VES HA SOLICITADO SER PADRE TEMPORAL O PADRE ADOPTIVO EN OTRA AGENCIA ANTERIORMENTE?

SI NO

ALGUNA VEZ A SIDO CERTIFICADO COMO PADRE TEMPORAL/PADRE ADOPTIVO ANTERIORMENTE?

SI NO

ACTUALMENT TIENE LICENSIA DE PADRE TEMPORAL O PADRE ADOPTIVO CON OTRA AGENCIA?

SI NO

ALGUNA VEZ HA SIDO NEGADA LA VERIFICACION/CERTIFICACION PARA SER PADRES TEMPORALES/PADRES ADOPTIVOS O ANTERIORMENTE HA TENIDO SU CERTIFICACION/VERIFICACION REVOCADA?

SI NO

Si contesto que si a cualquiera de las preguntas anteriores, ponga el nombre, dirección de la agencia y la fecha de su licencia:

Nombre de Agencia	Ciudad de la agencia	Fecha en que aplico?	Fecha en que se le otorgo licencia?	Licencia Negada o Revocada?
		<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:
		<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:
		<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:
		<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:
		<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:	<input type="checkbox"/> Fecha:

Si alguna vez haya sido negada su verificacion/certificacion para ser padre/madre temporal or adoptiva or haya tenido su verificacion/certificacion revocada, por favor de indicar la(s) razon(es):

ACTUALMENTE TIENE NINO (S) EN SU HOGAR COLOCADOS A TRAVES DE SERVICIOS DE PROTECCION AL MENOR (CPS) COMO PLAN DE SEGURIDAD, COLOCACION DE FAMILIARES O CUIDADO DE UN PARIENTE?

SI NO

SI CONTESTA QUE SI, LOS NINOS TIENEN PARENTEZCO CON USTED?

SI NO

POSEE ARMAS DE FUEGO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	TIENE UN TRAMPOLIN? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ES DUENO DE UNA ALBERCA O JACUZZI? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
TIENE APARATOS DE GAS? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	USTED UTILIZA CUALQUIER SERVICIO DE GAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	UTILIZA PRODUCTOS DE TOBACCO O VAPE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Si tuviera que contactar a la policia en caso de emergencia, que departamento de policia responderia?



Foster/Adoptive Family Identified Support Network

Por favor de hacer una lista de dos individuos con quien tiene usted una relacion cercana y que estarian dispuestos de asistirlo/a durante un momento de crisis o necesidad inmediata.

Emergency Support Name(s):		
Direccion:		Condado:
Ciudad:	Calle:	Codigo Postal:
Numero primario:		Numero Alternativo:
Correo electronico #1:		Correo Electronico #2:

Emergency Support Name (optional):		
Direccion:		Condado:
Ciudad:	Calle:	Codigo Postal:
Numero primario:		Numero Alternativo:
Correo Electronico #1:		Correo Electronico #2:

POR FAVOR AVISELE A ESTOS INDIVIDUOS QUE UN REPRESENTANTE DE PATHWAYS SE COMUNICARA CON ELLOS PARA CONFIRMAR SU INTENCION DE APOYAR A SU FAMILIA EN CASO DE QUE UNA EMERGENCIA OCURE.

MIEMBROS NUEVOS DEL HOGAR, RESPITE PROVIDERS, BABYSITTERS Y VISITANTES FRECUENTES NO PUEDEN CUIDAR DE NINGUN NINO BAJO EL CUIDADO DEL ESTADO O ADOPTIVO HASTA QUE LA PERSONA SOMETA SU SOLICITUD, SE HAYAN RECIBIDO LAS HUELLAS DEL FBI, LA PERSONA HAYA CUMPLIDO CON TODOS LOS REQUERIMIENTOS, Y HAYA SIDO FORMALMENTE APROBADA POR ESCRITO POR PERSONAL DE PATHWAYS.

Esta seccion de ser completada solo por personal de Pathways:

<i>Nombre de persona de apoyo en caso de emergencia:</i>	<i>Fecha contactada:</i>
<i>Respuesta a poder proveer apoyo:</i>	
<i>Nombre de persona de apoyo en caso de emergencia:</i>	<i>Fecha contactada:</i>
<i>Respuesta a poder proveer apoyo :</i>	
<i>Nombre en letra de molde de persona que contacto apoyo:</i>	<i>Firma de personal de Pathways:</i>

ESTA NOTIFICACION DESCRIBE COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE UTILIZARSE Y SER COMPARTIDA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR DE REVISARLA CUIDADOSAMENTE.

Pathways Youth and Family Services (Pathways) prove muchos tipos de servicios y programas. Personal de Pathways debe coleccionar informacion sobre usted para proveer estos servicios. Nosotros sabemos que la informacion que coleccionamos sobre usted y su salud es privada. Leyes federales y estatales requieren que nosotros protejamos la informacion que coleccionamos. Nosotros le llamamos a esta "informacion de salud protegida" or "PHI". Esta puede incluir cualquier informacion que se relacione con su (1) pasado, presente, o salud o condicion fisica o mental; (2) proveerle cuidado de salud; o (3) el pago pasado, presente, o futuro de su cuidado de salud.

Esta notificacion de practicas privada le indica como Pathways puede usar o divulgar informacion sobre usted. No toda situacion sera descrita aqui. Somos requeridos de darle notificacion de nuestras practicas de privacidad para la informacion que coleccionamos y mantenemos sobre usted. La Agencia es requerida de seguir los terminos de la notificacion actualmente en efecto de acuerdo al Acto de Contabilidad y Portabilidad de la Asegurancia de Salud (HIPAA) de 1996. Si usted tiene preguntas, por favor de comunicarse con la persona alistada el final de esta notificacion.

Derechos de su Privacidad

La ley le otorga el derecho a:

Vea y Obtenga Copias de sus Records

En la mayoria de los casos, individuos mayores de 18 anos, tienen el derecho de ver u obtener copias de sus records. Menores, mayores de 14 anos, deben tener permiso por escrito de su guardian legal para pedir copias de sus records. Usted debe de hacer el pedido por escrito. Usted puede ser cobrado un cargo por el costo de hacerle copias a sus records.

El Derecho de Pedir para Corregir o Actualizar sus Records

Usted puede pedirle a Pathways que cambie o agregue informacion a sus records si usted cree que existe un error. Usted debe hacer este pedido por escrito y dar una razon por su pedido.

El Derecho de Obtener una Lista de Divulgaciones

Usted tiene el derecho de pedirle a Pathways por una lista de divulgaciones hechos despues del 14 de abril, 2003. Usted debe hacer este pedido por escrito. Esta lista no incluye las veces que la informacion fue divulgada por tratamiento, pagos, u operaciones del cuidado de salud. Esta lista no incluye informacion proveido directamente a usted o a su familia, o informacion que le fue enviado con su autorizacion.

El Derecho de Pedir Limites sobre el Uso o Divulgaciones de Informacion de Informacion Protegida de Salud (PHI)

Usted tiene el derecho de pedirle a Pathways que limite como su informacion es usada o divulgada, incluyendo no tener informacion sobre un servicio or articulo por el que haya pagado completamente ser divulgado a un plan de salud. Debe de hacer este pedido por escrito y especificar que informacion usted quiere limitar y a quien quiere que se les aplique los limites. Pathways no es requeridoa estar de acuerdo a esta restriccion, excepto en el caso donde uno ha pagado por complete por un servicio o articulo y usted no quiere informacion sobre ese servicio o articulo divulgado al plan de salud. Usted puede pedir que las restricciones sean terminadas. Un pedido para terminar una restriccion puede ser comunicada a Pathways por escrito o verbal.

El Derecho de Revokar Permiso

Si se le pide firmar una autorizacion para usar o divulgar informacion, usted puede cancelar esa authorizaion en cualquier momento. Usted debe hacer este pedido por escrito. Esto no afectara la informacion que haya sido previamente compartido.

El Derecho de Elegir Como Comunicarnos Con Usted

Usted tiene el derecho de pedirle a Pathways a compartir informacion con usted de alguna manera o en algun lugar. Por ejemplo, usted puede pedirle a Pathways que envie informacion a su direccion de trabajo en vez de su hogar. Usted debe hacer este pedido por escrito. Usted no tiene que explicar la razon por su pedido.

El Derecho de Presentar una queja

Usted tiene el derecho de presentar una queja si no esta de acuerdo con como Pathways ha usado o divulgado

informacion sobre usted.

El Derecho de Obtener una Copia de esta Notificacion

Usted tiene el derecho de pedir una copia de esta notificacion en cualquier momento.

Como Pathways Utiliza y Divulga Informacion de Salud Que lo/la identifica a usted.

Para tratamiento

Pathways puede utilizar o divulgar informacion con proveedores de salud quienes estan involucrados con su cuidado de salud. Por ejemplo, informacion puede ser compartida para crear y hacer un plan para su tratamiento.

Citas y Otra Informacion de Salud

Pathways puede enviarle recordatorios para su cuidado medico y cheques o informacion en cuanto a servicios de salud que pueden interesarle.

Para Hacer Un Pago

Pathways puede utilizar o divulgar informacion u para pagar por los servicios medicos que recibe. Por ejemplo, Pathways puede proveerle su informacion de salud a su plan de salud para poder cobrarle a su plan de salud por los servicios medicos proporcionados a usted.

Para Operaciones del Cuidado de Salud

Pathways puede utilizar o divulgar informacion para poder manejar sus programas y actividades. Por ejemplo, Pathways puede utilizar su informacion de salud protegida para revisar la calidad de servicios recibira.

Para Contratistas

Pathways puede divulgar informacion de salud sobre usted a un contratista de Agencia si el contratista:

- necesita la informacion para realizar servicios para Pathways; y
- esta de acuerdo de proteger la privacidad de la informacion

Para Elegibilidad

Pathways puede utilizar su informacion de salud protegida para determinar elegibilidad para/o nivel de asistencia para programas operados por Pathways, por ejemplo: Medicaid y Children's Health Insurance Program (CHIP).

Para Activites de Salud

Pathways puede utilizar o divulgar informacion para inspeccionar o investigar proveedores del cuidado de salud.

Como Require la Ley y por Cumplimiento de la Ley

Pathways podra utilizar y divulgar informacion cuando requerido o permitido por la ley federal y estatal o por una orden de corte y para otras funciones gubernamentales especializadas permitidos por regulaciones de HIPAA, por ejemplo: a autoridades de commando militares, al Departamento de Estado, para servicios de proteccion al Presidente y otros, y a entidades publicas o privadas dadas autorizadas por ley o carta para asistir en esfuerzos de alivio en desastres.

Para Programas de Gobierno

Pathways puede utilizar y divulgar informacion para el beneficio publico debajo otros programas de gobierno. Por ejemplo, Pathways puede divulgar informacion para la determinacion de beneficios Supplemental Security Income (SSI).

Para Reportes e Investigaciones de Abuso

Pathways es requerido por ley para recibir e investigar reportes de abuso.

Para Evitar Dano

Pathways puede divulgar informacion de salud protegida a fuerzas policiacas o autoridades de salud public para poder evitar una amenaza seria a la salud y seguridad de una persona o el publica.

Por Investigacion

Pathways puede utilizar informacion para estudios y para desarrollar reportes. Cualquier estudios o reportes preparados para propositos de investigacion no podran identificar personas especificas.

Divulgaciones a Familia, Amistades, y Otros

Pathways puede divulgar informacion a tu familia u otros individuos involucrados en su cuidado medico. Usted tiene el derecho de oponerse a la distribucion de esta informacion. Sin embargo, si usted no esta presente o de otra manera no poder oponerse o dar consentimiento, Pathways puede divulgar informacion sobre usted a otra persona solo de ser necesario en su mejor interes.

Para Recuperar Cantidades Debidas al Gobierno Estatal y Federal

Pathways puede divulgar informacion a otra Fuente de pago tercera para el proposito de recuperar cantidades debidas al gobierno estatal federal como resultado de sobrepago o emision excesiva de beneficios de programa.

Por favor de notar: Si usted esta siendo tratado por abuso de alcohol o drogas, Pathways no divulgara esta informacion sin su permiso por escrito. Nosotros no divulgaremos ninguna informacion que lo identifique como usuario de alcohol, drogas, o sustancias, except en la medida en que lo permita la ley. Tampoco divulgaremos notas psicoterapeutas sin su permiso por escrito excepto en la medida en que lo permita la ley

Usos y Divulgaciones Requiriendo Su Autorizacion Por Escrito

Para otras situaciones, Pathways pedira su autorizacion por escrito antes de usar o divulgar informacion de salud protegida. Usted puede cancelar esta autorizacion en cualquier momento por escrito. Pathways no puede recuperar cualquier uso o divulgacion ya hecho con su autorizacion.

Como comunicarse con Pathways para Revisar, Corregir, o Limitar Su Information de Salud Protegida

Usted puede comunicarse con el Oficial de Privacidad de Pathways para:

- pedir ver o copiar sus records
- pedir corregir o cambiar sus records
- pedir limitar como informacion sobre usted es usada o divulgada
- pedir una lista de las veces que Pathways divulgo informacion sobre usted.
- pedir cancelar su autorizacion

Pathways puede negarle su peticion a ver, copiar, o cambiar sus records. Si Pathways le niega su peticion, nosotros le enviaremos una carta informandole por que su peticion fue negada y com usted puede pedir una revision de la negacion. Usted tambien puede recibir informacion. Usted puede tambien recibir informacion de como archivar una queja con Pathways o con el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles.

Para Mas Informacion

Si usted tiene preguntas sobre esta notificacion o necesita mas informacion, por favor de contactarse con un miembro de Pathways u Oficial de Privacidad de Pathways.

Information Adicional

En el futuro, Pathways puede hacerle cambios a la Notificacion de Practicas de Privacidad. Cualquier cambio sera aplicado a la informacion Pathways ya tiene, igual que cualquier informacion Pathways pueda recibir en el future. Una copia de notificaciones nuevas sera disponible en cada ubicacion de Pathways igual que en nuestra pagina de internet www.pathway.org y proveido como lo requiere la ley. Usted puede preguntar por una copia de la notificacion actual cuando sea que visite una oficina de Pathways. Pathways siempre le autorizara solo la cantidad minima necesaria para cumplir con las necesidades del solicitante.

Como Archivar un Queja o Reportar un Problema

Usted puede contactar cualquiera de las siguientes oficinas si usted quisiera archivar una queja o reporter un problema de como Pathways utilizo o divulgo informacion sobre usted. Sus beneficios no seran afectados por cualquier queja que usted haga. Pathways no puede tomar represalias en su contra por archivar una queja, cooperando en una investigacion, o negarse a estar de acuerdo con algo que usted cree que sea ilegal.

Pathways Youth and Family Services, Inc.

222 Sidney Baker South, Suite 415; Kerrville, TX 78028
Tel: (830) 515-4343
Fax: (830) 232-6522

Oficial de Privacidad HIPAA

14205 Burnet Rd. (Loop 1), Suite 100
Austin, TX 78728
(512) 275-1285 Phone
(512) 275-1311 Fax
Email: HIPAA@pathway.org

Oficina de Derechos Civiles

Gerente Regional
Oficina de Derechos Civiles
U.S. Department of Health and Human Services
1301 Young St., Suite 1169
Dallas, TX 75202
Phone: 800-368-1019
Fax: 214-767-0432 TDD: 800-537-7697
Email: ocrcomplaint@hhs.gov

Reconocimiento de Recibo de Notificacion de Practicas Privadas

Reconocimiento a Probable Padres de Cuidado Temporal:

Somos requeridos de proveerle con a una copia de nuestra Notificacion de Practicas Privadas, que indica como podemos utilizar y/o divulgar su informacion de salud. Por favor de firmar este reconocimiento para reconocer recibo de esta Notificacion. Usted puede negarse a firmar este reconocimiento, si prefiere.

Reconozco que he recibido una copia de la Notificacion de Practicas Privadas.

Nombre de Apicante #1 (LETRA DE MOLDE) Aqui: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre de Apicante #2 (LETRA DE MOLDE) Aqui: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

**FOR PATHWAYS USE ONLY-
PARA USO DE PATHWAYS
SOLAMENTE**

Hemos hecho todo esfuerzo para obtener un reconocimiento por escrito de recibo de nuestra Notificacion de Privacidad pero no pudo ser obtenida porque:

- El individuo se nego a firmar.
- Debido a una situacion de emergencia no fue posible obtener el reconocimiento
- No pudimos comunicarnos con el paciente.
- Otro *(Por favor de dar detalles especificos):*

Nombre en Letra de Molde del personal: _____

Firma del Personal: _____ **Fecha:** _____

Esta forma no constituye un consejo legal y cubre solo la ley federal, no estatal.



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PARA VERIFICACION DE ANTECEDENTES

Yo, por este medio autorizo cualquier Agencia de Colocación de Niños, Empresas, Fuerza del Orden Publico, y mis referencias personales y profesionales a divulgar registros y/o información relacionadas a mi experiencia a: **Pathways Youth and Family Services, Inc.**

Ubicacion de oficina: (MARQUE UNO)

- Abilene/Odessa Austin/Waco Dallas/Ft. Worth Area de Houston San Antonio

Esta autorizacion tambien incluye toda comunicacion verbal entre cualquiera dando a conocer informacion y personal o contratistas de Pathways y es relacionado a mi aprobacion como padre temporal, **miembro del hogar, babysitter, proveedor de respiro, y visitor frecuente a un hogar temporal** de Pathways.

POR FAVOR DE **MARCAR UNA** DE LAS OPCIONES SIGUIENTES – La revelacion es hecha para el proposito de:

<input type="checkbox"/> Aplicante Padre Temporal Huellas para FBI se requieren	<input type="checkbox"/> Aplicante Padre Adoptivo Huellas para FBI se requieren
<input type="checkbox"/> Miembro del Hogar en un hogar temporal/adoptivo con licenciatura (14 años y mayor) Huellas para FBI se requieren	<input type="checkbox"/> Visitante Frecuente a un hogar temporal/adoptivo con licenciatura (14 años y mayor) SI la persona tuvo residencia fuera de Texas en los ultimos 5 años. <input type="checkbox"/> Visitante Frecuente – Proveedor designado de apoyo de emergencia Huellas para FBI se requieren
Relacion del Padre Temporal/Adoptivo a los Ninos colocados al momento de la Verificacion de Antecedentes: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Parentesco Fictivo <input type="checkbox"/> No relacionado	

Yo por este medio libero a la Agencia de Colocación de Niños y sus oficiales y empleados proporcionando esta información de algún reclamo que pueda surgir después de divulgar esta información.

POR FAVOR UTILIZE LETRA DE MOLDE PARA LA INFORMATION SIGUIENTE - TODA INFORMACION ES REQUERIDA – INDIQUE “N/A” SI NO ES APLICABLE

Nombre de la Casa Hogar			
Primer Nombre	Segundo Nombre (como se ve en Certificado de Nacimiento)	Apellido	
Nombre de Soltera	Apodo(s)	Cualquier otro nombre(s) usado	
Direccion fisica		Ciudad	Estado Codigo Postal
Condado	Tel de casa	Celular	
Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Licencia de Manejo o Numero de Identificacion Estatal	
Correo Electronico			
Lista de todas las ciudades <u>EN TEXAS</u> donde ha tenido residencia			
Ethnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleno del Pacifico <input type="checkbox"/> Banca	

Lista de todas las ciudades y condados **FUERA de Texas** donde ha tenido residencia dentro de **los ultimos 5 años:**

Calle	Ciudad	Edo	Codigo Postal	Condado	Fecha de Inicio (Mes/Año)	Fecha Final (Mes/Año)

X

FIRMA DEL APLICANTE

X

FIRMA DEL PADRE (SI MENOR DE 18)

*** Por favor de incluir una copia legible de su licencia de manejo (Certificado de nacimiento o Identificacion Estatal) y tarjeta de Seguro Social.***



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PARA VERIFICACION DE ANTECEDENTES

Yo, por este medio autorizo cualquier Agencia de Colocación de Niños, Empresas, Fuerza del Orden Publico, y mis referencias personales y profesionales a divulgar registros y/o información relacionadas a mi experiencia a: **Pathways Youth and Family Services, Inc.**

Ubicacion de oficina: (MARQUE UNO)

- Abilene/Odessa Austin/Waco Dallas/Ft. Worth Area de Houston San Antonio

Esta autorizacion tambien incluye toda comunicacion verbal entre cualquiera dando a conocer informacion y personal o contratistas de Pathways y es relacionado a mi aprobacion como padre temporal, **miembro del hogar, babysitter, proveedor de respiro, y visitor frecuente a un hogar temporal de Pathways.**

POR FAVOR DE **MARCAR UNA** DE LAS OPCIONES SIGUIENTES – La revelacion es hecha para el proposito de:

<input type="checkbox"/> Aplicante Padre Temporal Huellas para FBI se requieren	<input type="checkbox"/> Aplicante Padre Adoptivo Huellas para FBI se requieren
<input type="checkbox"/> Miembro del Hogar en un hogar temporal/adoptivo con licenciatura (14 años y mayor) Huellas para FBI se requieren	<input type="checkbox"/> Visitante Frecuente a un hogar temporal/adoptivo con licenciatura (14 años y mayor) SI la persona tuvo residencia fuera de Texas en los ultimos 5 años. <input type="checkbox"/> Visitante Frecuente – Proveedor designado de apoyo de emergencia Huellas para FBI se requieren
Relacion del Padre Temporal/Adoptivo a los Niños colocados al momento de la Verificacion de Antecedentes: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Parentesco Fictivo <input type="checkbox"/> No relacionado	

Yo por este medio libero a la Agencia de Colocación de Niños y sus oficiales y empleados proporcionando esta información de algún reclamo que pueda surgir después de divulgar esta información.

POR FAVOR UTILIZE LETRA DE MOLDE PARA LA INFORMATION SIGUIENTE - TODA INFORMACION ES REQUERIDA – INDIQUE "N/A" SI NO ES APLICABLE

Nombre de la Casa Hogar			
Primer Nombre	Segundo Nombre (como se ve en Certificado de Nacimiento)	Apellido	
Nombre de Soltera	Apodo(s)	Cualquier otro nombre(s) usado	
Direccion fisica	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Condado	Tel de casa	Celular	
Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Licencia de Manejo o Numero de Identificacion Estatal	
Correo Electronico			
Lista de todas las ciudades <u>EN TEXAS</u> donde ha tenido residencia			
Ethnicidad	Raza		
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleno del Pacifico <input type="checkbox"/> Banca	

Lista de todas las ciudades y condados **FUERA de Texas** donde ha tenido residencia dentro de los ultimos 5 años:

Calle	Ciudad	Edo	Codigo Postal	Condado	Fecha de Inicio (Mes/Año)	Fecha Final (Mes/Año)

X

FIRMA DEL APLICANTE

X

FIRMA DEL PADRE (SI MENOR DE 18)

Por favor de incluir una copia legible de su licencia de manejo (Certificado de nacimiento o Identificacion Estatal) y tarjeta de Seguro Social.



AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION PARA VERIFICACION DE ANTECEDENTES

Yo, por este medio autorizo cualquier Agencia de Colocación de Niños, Empresas, Fuerza del Orden Publico, y mis referencias personales y profesionales a divulgar registros y/o información relacionadas a mi experiencia a: **Pathways Youth and Family Services, Inc.**

Ubicacion de oficina: (MARQUE UNO)

- Abilene/Odessa Austin/Waco Dallas/Ft. Worth Area de Houston San Antonio

Esta autorizacion tambien incluye toda comunicacion verbal entre cualquiera dando a conocer informacion y personal o contratistas de Pathways y es relacionado a mi aprobacion como padre temporal, **miembro del hogar, babysitter, proveedor de respiro, y visitor frecuente a un hogar temporal de Pathways.**

POR FAVOR DE **MARCAR UNA** DE LAS OPCIONES SIGUIENTES – La revelacion es hecha para el proposito de:

<input type="checkbox"/> Aplicante Padre Temporal Huellas para FBI se requieren	<input type="checkbox"/> Aplicante Padre Adoptivo Huellas para FBI se requieren
<input type="checkbox"/> Miembro del Hogar en un hogar temporal/adoptivo con licenciatura (14 años y mayor) Huellas para FBI se requieren	<input type="checkbox"/> Visitante Frecuente a un hogar temporal/adoptivo con licenciatura (14 años y mayor) SI la persona tuvo residencia fuera de Texas en los ultimos 5 años. <input type="checkbox"/> Visitante Frecuente – Proveedor designado de apoyo de emergencia Huellas para FBI se requieren
Relacion del Padre Temporal/Adoptivo a los Ninos colocados al momento de la Verificacion de Antecedentes: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Parentesco Fictivo <input type="checkbox"/> No relacionado	

Yo por este medio libero a la Agencia de Colocación de Niños y sus oficiales y empleados proporcionando esta información de algún reclamo que pueda surgir después de divulgar esta información.

POR FAVOR UTILIZE LETRA DE MOLDE PARA LA INFORMATION SIGUIENTE - TODA INFORMACION ES REQUERIDA – INDIQUE "N/A" SI NO ES APLICABLE

Nombre de la Casa Hogar			
Primer Nombre	Segundo Nombre (como se ve en Certificado de Nacimiento)	Apellido	
Nombre de Soltera	Apodo(s)	Cualquier otro nombre(s) usado	
Direccion fisica	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Condado	Tel de casa	Celular	
Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social	Licencia de Manejo o Numero de Identificacion Estatal	
Correo Electronico			
Lista de todas las ciudades <u>EN TEXAS</u> donde ha tenido residencia			
Ethnicidad	Raza		
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleno del Pacifico	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Banca

Lista de todas las ciudades y condados **FUERA de Texas** donde ha tenido residencia dentro de los **ultimos 5 años**:

Calle	Ciudad	Edo	Codigo Postal	Condado	Fecha de Inicio (Mes/Año)	Fecha Final (Mes/Año)

X

FIRMA DEL APLICANTE

X

FIRMA DEL PADRE (SI MENOR DE 18)

*** Por favor de incluir una copia legible de su licencia de manejo (Certificado de nacimiento o Identificacion Estatal) y tarjeta de Seguro Social.***



Por favor asegurarse de que todas las preguntas hayan sido contestadas completamente, que la solicitud haya sido firmada por los aplicantes y otros miembros del hogar (si aplica), y la siguiente informacion sea retornada con la solicitud:

Copias de Licencia de Manejo: Una copia ***legible*** es requerida por cada miembro adulto viviendo en el hogar que tenga una licencia.

Copias de Certificados de Nacimiento: Se necesitan para aquellas personas viviendo en su hogar mayores de 14 años y que no tengan una identificación o licencia de manejo estatal.

Prueba de Numero de Seguro Social (SS) por cada miembro del hogar 14 años o mayor: Puede ser cualquiera de los siguientes:

- Copia de tarjeta de SS, Payroll Stub containing SS#, Military ID containing SS#, W-2, or
- Si su tarjeta de SS se extravía, el aplicante puede ir a la oficina de Seguro Social más cercana, pedir una tarjeta nueva y obtener una copia de la verificación del Seguro Social para someter mientras espera su tarjeta.
- Formas W-4, 1040, 1040A, 1040EZ y cualquiera relacionada a estas completadas por el pagante no son aceptables.

La Ley Federal también requiere un chequeo de historial criminal basado en huellas del Centro de Información Criminal Nacional (NCIC) (También conocido por el chequeo Federal Bureau of Investigation (FBI) y si un aplicante y/o miembro del hogar vivió fuera de Texas en los cinco años previos, un chequeo del otro estado's registro central de abuso y descuido de menores. **Una vez aceptado, y los chequeos criminales hayan sido iniciados, personal de Pathways se comunicará con usted en cuanto al proceso para completar el chequeo del FBI.**

PROCESO DE APELACION PARA APLICANTES:

La siguiente criteria define un individuo o pareja como aplicante:

- Sumision de una aplicacion completa para ser hogar temporal o adoptive de Pathways Y
- Peticiones para Historial Criminal y chequeos criminals CANRIS hayan sido sometidos.

Aplicantes tienen el derecho de apelar decisions de Pathways que les afecten directamente. La peticion para una apelacion debe ser hecha dentro de 15 dias de la decision en cuestion, debe estar por escrito, y debe ser dirigido al Administrador de la Agencia de Colocacion de Ninos con Licenciatura. Este individuo revisara la decision o accion y puede asignar la response de apelacion a otro personal de supervision. El resultado final de la apelacion sera comunicado al aplicante por y matasellar no mas tardar 15 dias laborales de la fecha de recibo.

Aplicantes deben mandr el pedido por escrito por una apelacion a:

Pathways Youth & Family Services, Inc.
Attn: Licensed Child Placing Agency Administrator
222 Sidney Baker, Suite 435
Kerrville, Texas 78028
Fax: (830) 315-2274

Gracias por su interes en el cuidado temporal/adopcion! Si usted tiene preguntas sobre la solicitud, por favor comunicarse con el personal de Pathways en cualquiera de nuestras oficinas locales o por internet en la pagina www.pathway.org

DECLARACION Y AUTHORIZACION:

Yo (nosotros) por la presente aplico (aplicamos) a Pathways Youth and Family Services, Inc. para convertirnos en un hogar de Pathways en su programa de cuidado temporal. Yo (nosotros) permanecer(emos) fiel al programa y todos sus requerimientos. Yo (nosotros) declara(mos) la informacion proporcionada en esta Solicitud es cierta, correcta, y completa a lo mejor de mi conocimiento. Yo (nosotros) entiendo que toda solicitud y documentation verificada sometida se convierte en la propiedad de Pathways y si cualquier informacion se considera incorrecta o falsa por declaracio u omision de hechos, mi (nuestra) relacion con Pathways puede ser finalizado sin medidas adicionales por Pathways.

Yo (nosotros) autorizo Pathways Youth and Family Services, Inc. llevar a cabo chequeos de caracter y de antecedentes contemplados en esta solicitud para incluir referencias personales, entrevistas por medio de correo y telefono con empleadores anteriores, y agencias locales (aplicable), incluyendo pero no limitado a agencias de cuerpos policiacos y el Departamento de Servicios para Familia y de Proteccion de Texas (y otros sistemas estatales de servicio para ninos). Esta autorizacion es para el proposito de determinar mi (nuestra) idoneidad como padres temporales/adoptivos. Yo (nosotros) entendemos esta informacion se utilizara solo para este proposito y que la information solicitada sera sin limite. Este consentimiento permanecera en efecto durante y despues verificacion/certificacion y puede ser revocada al notificar Pathways Youth and Family Services, Inc. por escrito con una fecha, hora, evento, o condicion especifica sobre la cual el consentimiento se vence.

En algunos casos, nuestras familias reciben servicios de nuestro programa de salud conductual Mosaic, y en esas circunstancias autorizo el intercambio de informacion con el propósito de determinar mi (nuestra) idoneidad como padres temporales y / o adoptivos. Entiendo (entendemos) que esta informacion se utilizará solo para este propósito y que la informacion solicitada será ilimitada.



FIRMA DEL APLICANTE #2

FECHA FIRMADA

COMENTARIOS: