

SOLICITANTE DE FAMILIA DE APOYO AUTO EVALUACIÓN

I. INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre del Solicitante:		Dirección:	Teléfono:
Género:	Edad:	Fecha de Nacimiento:	Etnicidad:
Nombre del Niño(s) (si es específico al niño):		Dirección:	Teléfono:
Género:	Edad:	Fecha de Nacimiento:	Etnicidad:

II. EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

A. COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA E INFORMACIÓN HISTÓRICA
1. Por favor enumere los miembros de su familia de origen (ej. Padres, padrastros, abuelos, hermanos, etc.):
2. ¿Quién lo crio y cómo fue su relación con su(s) padre(s) o proveedores de cuidados primario(s)?
3. ¿Cómo describiría su niñez y adolescencia?
4. ¿Cómo era la relación entre sus padres/proveedores de cuidados cuando usted era niño(a)?
5. ¿Quién era la persona que se encargaba de disciplinarlo a usted y que tipo de disciplina usaba?
6. Describa brevemente como era la escuela para usted:
7. ¿Hay algunas dificultades que tuvo en ese tiempo que continúan causándole preocupación o angustia como adulto?

COUNTY OF VENTURA

8. Describa brevemente como fueron sus primeras experiencias de salir en citas:
9. ¿Estuvo usted sujeto al abuso físico, emocional o sexual? ¿Alguna vez ha sido sujeto a violencia doméstica por su pareja íntima? ¿Si ocurrieron cualquiera de este tipo de incidentes, qué tipo de apoyo recibió usted después de estos eventos?
10. ¿Cuáles fueron sus experiencias con alcohol y/o drogas durante su adolescencia/adulto joven? ¿Usa cualquiera de estos actualmente ? Si es así, describa brevemente su experiencias actuales, que tan seguido (frecuencia) y cuanto (cantidad):
11. Describa brevemente cada una de sus relaciones significativas anteriores (ej. Matrimonios, pareja domésticas, otras relaciones de importancia, etc.). ¿Cómo comenzó y como terminó cada una?
12. Proporcione los nombres, edades y ubicación de cada uno de sus hermanos. También indique que tan seguido tiene contacto con ellos actualmente (ej. Diario, semanalmente, mensualmente, etc.):
13. ¿Cómo calificaría su salud en una escala del uno al diez (1-10)? Por favor explique brevemente su calificación:
14. Enumere las cirugías que haya tenido y/u otras ocasiones en que ha sido hospitalizado:
15. Enumere todos los medicamentos que está usando actualmente:
16. Enumere cualquier cuestión de salud que hayan tenido los miembros de su familia inmediata :
17. ¿Hay alguien de su familia involucrado en algún procedimiento judicial penal o civil?

B. MATRIMONIO/PAREJA COYUGAL ACTUAL (si corresponde)

18. ¿Por cuánto tiempo conoció a su pareja antes de casarse o establecer vida conyugal con él/ella?
¿Ocurrió algún ajuste de importancia al principio de esta relación?

19. ¿Qué intereses comparten usted y su compañero/a?

20. ¿Qué considera son las fortalezas de su relación? ¿Cuáles han sido o actualmente son las cosas que le preocupan de su relación?

21. ¿Cómo manejan los desacuerdos en su relación? ¿Qué tan seguido suceden?

22. Describa un momento de tensión en su relación y como ambos lo resolvieron:

23. ¿Ha habido alguna separación en su relación? Si es así, describa su experiencia e indique por cuánto tiempo:

24. ¿Ha participado en consejería de pareja? Si es así, describa su experiencia:

C. SISTEMAS DE APOYO FAMILIAR

25. ¿Qué clase de apoyo le han ofrecido los miembros de su hogar acerca de sus deseos de convertirse en Familia de Apoyo? ¿Qué impacto cree usted que tendrá en ellos el que un niño/adolescente sea colocado en su hogar?

26. ¿Qué clase de apoyo le han brindado los miembros de su familia extendida y sus amigos acerca de sus deseos de ser una Familia de Apoyo?
27. ¿Conoce a alguien que haya sido Familia de Apoyo o que ha proporcionado permanencia (adopción o tutela legal) para un niño/adolescente?

D. NIÑOS MENORES/HIJOS ADULTOS/ OTROS ADULTOS EN EL HOGAR

28. Enumere cualquier niño menor o cualquier niño menor no pariente que están viviendo en el hogar. Proporcionen sus edades y grado escolar:
29. Enumere cualquier hijo adulto . Proporcionen su edad, ocupación, adonde están viviendo y frecuencia de contacto:
30. Enumere cualquier otro adulto que vive en el hogar. Proporcione la relación con el/los solicitante(s), edades, género y ocupaciones:

E. EVALUACIÓN GENERAL Y ESPECIALIZADA DE HABILIDADES DE CRIANZA

31. ¿Cómo describiría usted su estilo de crianza? ¿Si no tiene experiencia en la crianza de niños, que cualidades positivas posee que cree que lo harán un padre efectivo?
32. ¿Qué tipos de disciplina ha usado con sus niños en el pasado? Si no está criando niños actualmente, comparta su filosofía de disciplina. ¿Qué tipo de disciplina usará como Familia de Apoyo?

33. ¿Cuál es su disposición hacia participar en terapia con un niño/adolescente?
34. ¿Cómo discutieron sus padres el tema del sexo? ¿Cómo ha explicado o le explicaría este tema a un niño/adolescente?
35. ¿Cuáles son las reglas de la familia, si las hay, acerca del uso de la computadora/teléfono celular?
36. ¿Cómo ayudaría a un niño/adolescente con discapacidad de aprendizaje u otras necesidades especiales?
37. ¿Cómo apoyaría la reunificación del niño/adolescente con sus padres o guardianes?
38. ¿Mientras está cuidando a un niño/adolescente durante la reunificación de la familia, que tipo de relación estaría usted dispuesto a tener con los parientes naturales del niño/adolescente, antiguos padres de crianza, hermanos naturales u otras personas de su pasado importantes?
39. ¿Si usted proporcionara permanencia para un niño/adolescente (tutela legal o adopción), que tipo de información piensa usted que compartiría con el niño acerca de su familia natural y las razones por las cuales fue retirado de su hogar?
40. ¿Qué piensa usted acerca de los niños/adolescentes que se identifican como lesbianas, bisexuales, gays, transgénero o cuestionamiento de su orientación sexual (LBGTQ)?
41. ¿Qué siente acerca de ayudar a un niño/adolescente a permanecer conectado a su cultura y origen étnico? ¿Estaría usted dispuesto a observar estas tradiciones e integrarlas en su estilo de vida familiar?

F. EVALUACIÓN DE MOTIVACION Y PERMANENCIA

42. ¿Cuáles son sus razones para querer ser una Familia de Apoyo?

43. ¿Qué ideas y emociones tiene usted acerca de la adopción u tutela legal como un plan permanente para un niño/adolescente?

44. ¿Es usted capaz de tener un hijo natural? ¿Si no es así, ha buscado o está buscando tratamientos de fertilidad?

45. ¿Alguna vez ha cuidado a un niño que no es suyo? ¿Si es así, por qué fue necesario y por cuanto tiempo hubo que hacerlo?

46. ¿Qué le dirá usted a otros cuando pregunten acerca de ser Familia de Apoyo?

47. ¿Tiene usted algún temor acerca de ser Familia de Apoyo?

G. EMPLEO Y FINANZAS PERSONALES

48. ¿Cuál es su ocupación actual y que siente acerca de su vida de trabajo? ¿Cuál es su horario de trabajo?

49. ¿El ser Familia de Apoyo, afectará de alguna manera a su estatus de empleo? ¿Si es así, cómo?

COUNTY OF VENTURA

50. ¿Cómo describiría usted su estatus económico actual? ¿Alguna vez ha tenido un periodo de inestabilidad económica? ¿Alguna vez ha declarado quiebra?

FIRMAS	
Nombre del Solicitante:	
Firma del Solicitante:	
Nombre del Trabajador Social de RFA:	
Firma del Trabajador Social de RFA:	
Nombre del Supervisor de RFA:	
Firma del Supervisor de RFA:	