

SAFE FORMA DE REFERENCIA

To: Enter name and address
Enter name and address
Enter name and address

Date:

REFERENCIA CONCERNIENTE A:

(Aplicante # 1) Name of Applicant #1

(Aplicante # 2) Name of Applicant #2 or N/A

Mi nombre es enter name y soy enter practitioner's title and name of agency/department if applicable. Yo estoy actualmente en el proceso de completar un estudio del o los individuos nombrados arriba quien o quienes han aplicado para e.g. become foster parents, adoptive parents, etc.. Su nombre nos ha sido dado como referencia.

Mi trabajo es determinar si las familias están preparadas, dispuestas y capacitadas para convertirse en un recurso viable para niños(as) con necesidad de e.g. foster care placement, adoptive placement, placement from foreign countries, etc.. Ser padres para niños(as) como estos puede ser una experiencia difícil pero a la vez muy gratificante. Al hacer estas determinaciones, es de mucha ayuda el tener información de personas como usted que conocen bien al aplicante(es).

Le agradeceríamos si pudiera contestar las siguientes preguntas en esta forma de referencia y retornarla una vez completada en la fecha indicada enter date. Si usted tiene preguntas acerca de este requerimiento o prefiere hablar directamente conmigo, me puede llamar al numero de teléfono mencionado al final de esta forma.

1. **Por cuanto tiempo ha conocido usted a esta o estas personas y en que capacidad?** _____

2. **De las siguientes características, cuales distinguen de mejor manera a esta o estas personas?**
(Marque las que apliquen)

Name of Applicant #1

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Extrovertido | <input type="checkbox"/> Timido |
| <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Activo |
| <input type="checkbox"/> Honesto | <input type="checkbox"/> Feliz |
| <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Muy emocional |
| <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Nervioso |
| <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Porfiado |
| <input type="checkbox"/> Apoyador | <input type="checkbox"/> Rígido |
| <input type="checkbox"/> Trabajador | <input type="checkbox"/> Calmado |
| <input type="checkbox"/> Cambiante | <input type="checkbox"/> Involucrado |
| <input type="checkbox"/> Confiado/seguro | <input type="checkbox"/> Flexible |
| <input type="checkbox"/> Compasivo | <input type="checkbox"/> Divertido |
| <input type="checkbox"/> Compulsivo | <input type="checkbox"/> Seguro de si mismo |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Cuidadoso |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

Name of Applicant #2 or N/A

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Extrovertido | <input type="checkbox"/> Timido |
| <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Activo |
| <input type="checkbox"/> Honesto | <input type="checkbox"/> Feliz |
| <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Muy emocional |
| <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Nervioso |
| <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Porfiado |
| <input type="checkbox"/> Apoyador | <input type="checkbox"/> Rígido |
| <input type="checkbox"/> Trabajador | <input type="checkbox"/> Calmado |
| <input type="checkbox"/> Cambiante | <input type="checkbox"/> Involucrado |
| <input type="checkbox"/> Confiado/seguro | <input type="checkbox"/> Flexible |
| <input type="checkbox"/> Compasivo | <input type="checkbox"/> Divertido |
| <input type="checkbox"/> Compulsivo | <input type="checkbox"/> Seguro de si mismo |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Cuidadoso |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

SAFE FORMA DE REFERENCIA

3. Que clase de experiencia tiene o tienen estas personas con niños(as)?

4. Esta o estas personas tiene o tienen la capacidad de proveer amor y seguridad a un niño(a).
(Marque las que apliquen)

Name of Applicant #1

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Un tanto de acuerdo
- Desacuerdo
- Muy en desacuerdo

Name of Applicant #2 or N/A

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Un tanto de acuerdo
- Desacuerdo
- Muy en desacuerdo

5. De acuerdo a su conocimiento, esta o ha estado el aplicante(s) involucrado(s) en actividades, o cree usted que el aplicante o aplicantes puedan estar involucrados en actividades que son incompatibles con las responsabilidades de padres?

- Si No Si su repuesta es si, por favor explique: _____

6. Ha sido alguna de estas conductas o condiciones un problema para este(a) o estos aplicante (s)?

Name of Applicant #1

- Uso excesivo del alcohol
- Historial de trabajo mala
- Abuso de niños o negligencia
- Abuso de Drogas
- Comportamiento violento
- Mala administración del dinero
- Jugador compulsivo
- Conducta sexual inapropiada
- Enfermedades mentales
- Actividades criminales
- Depresión y/o tendencias suicidas
- Pornografía
- Otras: _____
- Nada de lo nombrado arriba

Name of Applicant #2 or N/A

- Uso excesivo del alcohol
- Historial de trabajo mala
- Abuso de niños o negligencia
- Abuso de Drogas
- Comportamiento violento
- Mala administración del dinero
- Jugador compulsivo
- Conducta sexual inapropiada
- Enfermedades mentales
- Actividades criminales
- Depresión y/o tendencias suicidas
- Pornografía
- Otras: _____
- Nada de lo nombrado arriba

7. Si usted marco alguna de las casillas referente a problemas de conducta en la pregunta numero 6, por favor explique la naturaleza del problema y como fue tratado:

SAFE FORMA DE REFERENCIA

8. Esta es una pareja con una relación muy buena, amorosa y estable. (Por favor marque una)

- N/A Muy de acuerdo De acuerdo Algo de acuerdo En desacuerdo
 Muy en desacuerdo

9. Cuál de las siguientes declaraciones describe de mejor manera el nivel de apoyo que el aplicante (s) obtiene de sus amistades, amigos, familia, en la comunidad, o de instituciones religiosas? (Por favor marque una)

- Alto nivel de apoyo Moderado nivel de apoyo Bajo nivel de apoyo No apoyo alguno

10. Es/son los aplicante (s) la clase de persona (s) en los cuales usted confiaría el cuidado permanente de su propio niño (a)?

- Muy cómodo(a) Cómodo(a) Incomodo(a) Muy incomodo(a)

11. Hay algo que nosotros no hallamos cubierto en este cuestionario y que usted cree es importante que nosotros sepamos acerca de este(a) aplicante(s)?

- Si No Si su respuesta es sí, explique: _____

12. Seria de mucha ayuda para nosotros el saber si usted planea discutir el contenido de sus respuestas con el aplicante (s)?

- Yo he discutido el contenido de mis respuestas
 Yo no tengo planes de discutir el contenido de mis respuestas
 No tengo planes de discutir el contenido de mis respuestas

13. Por favor déjenos un numero de teléfono donde podamos contactarlo en caso de que tengamos alguna pregunta?

Teléfono en el día # _____

Teléfono en la tarde # _____

Teléfono Celular # _____

Firma

Fecha

Gracias por tomarse el tiempo de completar el cuestionario. Por favor firme, fecha del día que firmo el cuestionario y envíelo por correo a la dirección indicada abajo.

Name of person completing the home study
Address

Teléfono No.

[To check for form updates click this link.](#)