

ÉTAT DE NEW YORK
BUREAU DES SERVICES À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE
DÉCLARATION DU FUTUR PARENT D'ACCUEIL D'URGENCE

Consignes :

Futur(s) parent(s) d'accueil d'urgence : Remplir, signer et dater cette déclaration.

Travailleur(euse) social(e) : Signer et dater cette déclaration.

Je/nous,

 FUTUR(S) PARENT(S) D'ACCUEIL D'URGENCE

demeurant à :

 ADRESSE DU OU DES FUTUR(S) PARENT(S) D'ACCUEIL D'URGENCE

Je suis / Nous sommes,

de

 RELATION AVEC L'(ES) ENFANT(S) OU LE(S) PARENT(S) DE L'(ES) ENFANT(S) EN FAMILLE D'ACCUEIL

 NOM DE L'ENFANT PLACÉ EN FAMILLE D'ACCUEIL

 / /
 DATE DE NAISSANCE

 NOM DE L'ENFANT PLACÉ EN FAMILLE D'ACCUEIL

 / /
 DATE DE NAISSANCE

 NOM DE L'ENFANT PLACÉ EN FAMILLE D'ACCUEIL

 / /
 DATE DE NAISSANCE

Je suis / nous sommes désireux et capables de fournir une famille d'accueil à l'enfant ou aux enfants énumérés ci-dessus.

 INITIAL

Je suis / nous sommes désireux et capables de fournir une famille d'accueil à l'enfant ou aux enfants énumérés ci-dessus.

 INITIAL

Je comprends / nous comprenons que le ou les enfants énumérés ci-dessus sont sous la garde légale du commissaire.

 INITIAL

Je comprends / nous comprenons qu'en acceptant la responsabilité de fournir une famille d'accueil à l'enfant ou aux enfants énumérés ci-dessus, j'accepte / nous acceptons de nous conformer à toutes les exigences en matière de placement familial, y compris, mais sans s'y limiter, celles impliquant le rôle et l'autorité de l'agence de certification ou d'approbation et le département régional des services sociaux (LDSS) ou l'administration des services à l'enfance (ACS).

 INITIAL

J'accepte / nous acceptons de ne pas utiliser de châtiments corporels sur l'(s) enfant(s) énumérés ci-dessus.

 INITIAL

Je/nous et tous les membres du ménage âgés de 18 ans ou plus acceptons de remplir et de soumettre dans les sept jours suivant le placement des enfants susmentionnés dans mon/notre domicile un formulaire de vérification de la base de données du registre central de l'État (SCR) et un Formulaire de vérification de la liste d'exclusion du personnel (SEL) à l'agence responsable de ma/notre certification ou approbation.

 INITIAL

Je/nous et tous les membres du ménage âgés de 18 ans ou plus acceptons que les empreintes digitales soient relevées au plus tard deux semaines après le placement de l'enfant ou des enfants nommés ci-dessus dans ma/notre maison.

 INITIAL

Je consens / nous consentons à la révision des dossiers de l'agence pour déterminer si j'ai/ nous avons des antécédents d'abus ou de mauvais traitements.

INITIAL

SIGNATURE DU FUTUR PARENT D'ACCUEIL D'URGENCE

/ /
DATE

SIGNATURE DU FUTUR PARENT D'ACCUEIL D'URGENCE

/ /
DATE

SIGNATURE DU TRAVAILLEUR(EUSE) SOCIAL(E)

/ /
DATE