

STATO DI NEW YORK  
UFFICIO DEI SERVIZI AI MINORI E ALLE FAMIGLIE  
**DICHIARAZIONE DEL POTENZIALE GENITORE AFFIDATARIO D'EMERGENZA**

**Istruzioni:**

**Potenziale/i genitore/i affidatario/i d'emergenza:** Completare, firmare e datare questa dichiarazione.

**Assistente sociale:** Firmare e datare questa dichiarazione.

Io/noi, \_\_\_\_\_  
POTENZIALI GENITORI AFFIDATARI D'EMERGENZA

residenti a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INDIRIZZO DEL/I POTENZIALE/I GENITORE/I AFFIDATARIO/I D'EMERGENZA

sono/siamo, \_\_\_\_\_ di  
RAPPORTO CON IL/I MINORE/I O IL/I GENITORE/I DEL/I MINORE/I IN AFFIDO

NOME DEL MINORE IN AFFIDO	/ / DATA DI NASCITA
NOME DEL MINORE IN AFFIDO	/ / DATA DI NASCITA
NOME DEL MINORE IN AFFIDO	/ / DATA DI NASCITA

\_\_\_\_\_ lo/noi siamo disposti e in grado di prendere in affidamento il/i minore/i sopra elencato/i.  
INIZIALE

\_\_\_\_\_ lo/noi siamo disposti e in grado di prendere in affidamento il/i minore/i sopra elencato/i.  
INIZIALE

\_\_\_\_\_ Comprendo/comprendiamo che il/i minore/i sopra elencato/i è/sono sotto la custodia legale dell'incaricato.  
INIZIALE

\_\_\_\_\_ Comprendo/comprendiamo che, accettando la responsabilità di prendere in affidamento il/i minore/i sopra elencato/i, accetto/accettiamo di rispettare tutti i requisiti dell'affidamento, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, quelli che coinvolgono il ruolo e l'autorità dell'ente certificatore o dell'organismo di approvazione e del Dipartimento locale dei servizi sociali (Local Department of Social Services, LDSS) o dell'Amministrazione dei servizi sociali (Administration for Children's Services, ACS).  
INIZIALE

\_\_\_\_\_ Accetto/accettiamo di non utilizzare punizioni corporali sul/i minore/i sopra elencato/i.  
INIZIALE

\_\_\_\_\_ Io/noi e tutti i membri della famiglia di età pari o superiore a 18 anni accettiamo di compilare e inviare, entro sette giorni dall'affidamento del/i minore/i sopra indicato/i nella mia/nostra abitazione, un modulo di controllo sul database del Registro centrale statale (Statewide Central Register, SCR) e un modulo di controllo dell'Elenco di esclusione del personale (Staff Exclusion List, SEL) all'agenzia responsabile della mia/nostra certificazione o approvazione.  
INIZIALE

\_\_\_\_\_ Io/noi e tutti i membri della famiglia di età pari o superiore a 18 anni accettiamo di essere sottoposti al rilievo delle impronte digitali entro e non oltre due settimane dalla collocazione del/i minore/i summenzionato/i nella mia/nostra abitazione.  
INIZIALE

Acconsento/acconsentiamo alla revisione dei registri dell'agenzia per determinare se ho/abbiamo precedenti di abusi o maltrattamenti.

\_\_\_\_\_  
INIZIALE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL POTENZIALE GENITORE AFFIDATARIO D'EMERGENZA

/ /

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL POTENZIALE GENITORE AFFIDATARIO D'EMERGENZA

/ /

\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DELL'ASSISTENTE SOCIALE

/ /

\_\_\_\_\_  
DATA