ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
EVALUACIÓN DEL ESTUDIO ACELERADO DE LA VIVIENDA

Instrucciones:

Trabajador de caso: Complete, firme y feche.

INFORMACIÓN DEL POSIBLE PADRE O DE LA POSIBLE MADRE DE CRIANZA DE EMERGENCIA		
POSIBLE PADRE/MADRE DE CRIANZA DE EMERGENCIA N.º 1		
APELLIDO:	NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	NUMEROS DE TELEFONO: PARTICULAR: () - CELULAR: () -	
DIRECCIÓN ACTUAL:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
POSIBLE PADRE/MADRE DE CRIANZA DE EMERGENCIA N.º 2		
APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:		
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	NUMEROS DE TELEFONO: PARTICULAR: () - CELULAR: () -	
DIRECCIÓN ACTUAL:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
EVALUACIÓN		
1. Describa la relación del posible padre o de la posible madre de crianza y de la familia con el padre, la madre, el padrastro o la madrastra de los niños.		
2. Si corresponde, describa el cuidado que da el posible padre o la posible madre de crianza de emergencia a otros niños que ya viven en la casa.		

3. ¿Qué conocimientos tiene el posible padre o la posible madre de crianza de emergencia de las circunstancias y condiciones que dieron lugar a que los niños necesiten una asignación a una vivienda de crianza temporal?

4. ¿Puede el posible padre o la posible madre de crianza de emergencia proteger a los niños que están en su vivienda y entiende la necesidad de protegerlos del abuso y del maltrato?

RESULTADO DEL ESTUDIO ACELERADO DE LA VIVIENDA

Se aceptó la aprobación de emergencia

Fecha: / /

Se rechazó la aprobación de emergencia

Fecha: / /

Explique los motivos por los que se rechazó la aprobación como vivienda de crianza de emergencia:

		/ /
NOMBRE DEL TRABAJADOR DE CASO	Departamento de Servicios Sociales Local (<i>Local Department of Social Services, LDSS</i>)	Fecha / /
NOMBRE DEL SUPERVISOR	LDSS	FECHA