

FORMULARIO DE APROBACIÓN DE CRÉDITO POR ENTRENAMIENTO DE PADRES DE CRIANZA

POR FAVOR IMPRIMA. Mantenga el original en sus archivos. Fax o envíe por correo una copia a: Oficina de Capacitación del DCFS, 406 E. Monroe, estación 122, Springfield, IL 62701, Fax 217-782-9301 dentro de los 30 días siguientes de finalizar la capacitación. Las solicitudes presentadas en 6 meses o más después del entrenamiento no serán aprobados. Los formularios de de aprobación de crédito que sean ilegibles o incompletos serán devueltos. Un formulario es necesaria para cada persona y para cada evento de capacitación.

1. **INFORMACIÓN DE LOS PADRES - MARQUE UNO:** **Padres de Crianza sin parentesco** **Padres de Crianza con parentesco**
 Otro _____

Los Últimos Cuatro Números del Seguro Social: _____

Nombre: (Nombre) _____ (Apellido) _____
Por favor use letra de molde Por favor use letra de molde

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado de Illinois Código Postal: _____ Condado: _____

Código de Área y Núm. Tel. del Hogar: _____ Núm. de móvil: _____

¿Tiene acceso a computadora? Sí No ¿Tiene acceso a la red electrónica (Internet)? Sí No

Dirección de **correo electrónico**: _____

2. INFORMACIÓN DE LICENCIAMIENTO – Llame a la oficina de su agencia para esta información si usted no la sabe.

Número de Licencia de Cuidados de Crianza Temporal: _____ Fecha de vencimiento: _____

Especialista del Desarrollo Familiar/Nombre del Representante de Licenciamiento: _____

Nombre de la Agencia: _____ E-mail del Trabajador: _____

Dirección: _____ Núm. Tel: () _____

Ciudad: _____ Estado de Illinois Código Postal: _____

3. TIPO DE ENTRENAMIENTO – marque UN recuadro

- A. Clase de Curso de Entrenamiento Curso en Línea

Nombre o Título de la Clase de Curso/ Curso en Línea _____

Ubicación del Entrenamiento/Nombre de la Agencia/Dirección en la Web _____

- B. Videocinta / Audio cinta/ DVD - Tiempo de duración: Horas _____ Minutos _____

Título: _____ ¿Obtenido de la Biblioteca de DCFS? Sí No

- C. Libro Número de Páginas _____ Autor: _____

Título: _____ ¿Obtenido de la Biblioteca de DCFS? Sí No

Adjunte a este formulario una copia de la tabla de contenido del libro que haya leído si este libro no es de la biblioteca de DCFS.

4. FECHAS DE ENTRENAMIENTO(S) _____

Hora del Comienzo del Entrenamiento: _____ Hora del Término: _____ (cada día)

Duración del Entrenamiento: _____ Horas _____ Minutos (los tiempos de descansos y de comida no cuentan)

5. NOMBRE(S) DEL(DEL) INSTRUCTOR(ES) DEL CURSO O ENTRENAMIENTO EN LÍNEA:

6. DESCRIPCIÓN BREVE DE LOS OBJETIVOS DEL ENTRENAMIENTO

7. DESCRIBA CÓMO ESTE ENTRENAMIENTO SERÁ ÚTIL PARA EL TRABAJO QUE USTED HACE COMO PADRE/MADRE DE CRIANZA

8. INDIQUE LAS ÁREAS LOS TEMAS DE **FOSTER/ADOPT PRIDE** QUE SE HAYAN TRATADO EN ESTE ENTRENAMIENTO (MARQUE LO QUE CORRESPONDA)

- Proteger y nutrir a los niños
- Satisface las necesidades del desarrollo / Trata los retrasos de desarrollo
- Las relaciones de apoyo entre los niños y las familias
- Conecta a los niños a las relaciones de seguridad fomentando lazos de por vida
- Trabajo como miembro de un equipo profesional

9. FIRMA DEL (LA) PADRE/MADRE _____ FECHA DE ENVÍO: _____

PADRES DE CRIANZA / ADOPTIVOS – LOS SIGUIENTES SE DEBERÁN ADJUNTARSE A ESTE FORMULARIO:

- 1) Descripción detallada del programa o de la agenda, incluida el objetivo del Entrenamiento
- 2) Prueba de la asistencia
- 3) Tabla de contenidos de un libro que haya leído, si no fue prestado de la biblioteca de préstamo de DCFS.

POR FAVOR ENVIAR LA SOLICITUD DE CRÉDITO DE FORMACIÓN EN 30 DÍAS DESPUÉS DE LA FORMACIÓN. LAS SOLICITUDES PRESENTADAS EN SEIS MESES O MÁS DESPUÉS DEL ENTRENAMIENTO NO SERÁ APROBADO

Anotación: Esta sección se completa por el Designado de Entrenamiento del DCFS

Note: This section completed by DCFS Training Designee

- Approved for** _____ **Foster Parent Training Credit Hour(s)**
- Disapproved** **Comments:** _____

- More Information Needed** **Comments:** _____

Reviewed By _____ **Date:** _____

Regional Training Manager