



# Foster Family Home License Application (Solicitud de Licencia para Hogares de Acogida)

Marque una:  Nueva  
 Renovación

Por favor devuelva las primeras tres copias a la dirección indicada abajo:

Estoy (estamos) solicitando una licencia para operar un hogar de familia sustituta en:

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	--------	--------	---------------

Soy consciente de que, sujeto a las disposiciones del Capítulo 237 del Código de Iowa, el Registro Central de Abuso Infantil, el Departamento de Seguridad Pública y las referencias añadidas a las que ya he suministrado serán verificados para todos los miembros del hogar mayores de 14 años para nuevas solicitudes y deberán verificarse para las solicitudes reiteradas en el caso de todos los miembros adultos del hogar.

He leído la Política Relativa a la Discriminación al respaldo de este formulario y la entiendo y cumplo con ella.

### Solicitante 1

Firma		Fecha
Seguridad Social (opcional)	Teléfono del trabajo ( )	Teléfono de casa ( )
Liste otros nombres usados:		
Otros países y estados en que haya vivido en los últimos cinco años:		

### Solicitante 2

Firma		Fecha
Seguridad Social (opcional)	Teléfono del trabajo ( )	Teléfono de casa ( )
Liste otros nombres usados:		
Otros países y estados en que haya vivido en los últimos cinco años:		

### Otros adultos que vivan en el hogar

Firma	Fecha	Firma	Fecha
Otros nombres usados:		Otros nombres usados:	
Otros países y estados en que haya vivido en los últimos cinco años:		Otros países y estados en que haya vivido en los últimos cinco años:	

He sido condenado por un crimen en otro estado.  Sí  No

Si es sí, ¿en qué estado? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el crimen? \_\_\_\_\_

Tengo un reporte de abuso fundado en otro estado.  Sí  No

Si es sí, ¿en qué estado? \_\_\_\_\_ ¿Cuál fue el abuso fundado? \_\_\_\_\_

## Usted tiene el derecho de apelar

### ¿Qué es una apelación?

Una **apelación** es pedir una audiencia porque usted no está de acuerdo con una decisión tomada por el Department of Human Services (DHS). Si no está de acuerdo con la decisión, usted tiene derecho a presentar una apelación. No tiene que pagar para presentar una apelación. [Código Administrativo de Iowa 441, Capítulo 7].

### ¿Cómo apelar?

Presentar una apelación es fácil. En los casos relativos a Food Assistance (Asistencia de Alimentos), Child Care Assistance (Asistencia para guardería infantil), Family Investment Program (Programa de inversión familiar) o Medicaid, usted puede apelar en persona, por teléfono o por escrito. Para todos los demás programas debe apelar por escrito haciendo **una** de las siguientes cosas:

- Complete una apelación electrónicamente en <https://dhs.iowa.gov/node/966>, o
- Escriba una carta explicando por qué cree que la decisión es errónea, o
- Complete un formulario de Apelación y Solicitud de Audiencia. Puede obtener este formulario en la oficina de DHS de su condado.

Envíe el formulario de apelación por correo o llévelo personalmente al Department of Human Services, Appeals Section, 5th Floor, 1305 E Walnut Street, Des Moines, Iowa 50319-0114. Si necesita ayuda para presentar una apelación, pregunte en la oficina de DHS de su condado.

### ¿Cuánto tiempo tengo para apelar?

Para los casos de Asistencia de Alimentos o Medicaid tiene 90 días calendario, a partir de la fecha de la decisión, para presentar una apelación. Para todos los demás programas, debe presentar la apelación:

- En un plazo no mayor a 30 días calendario a partir de la fecha de la decisión o
- Antes de que entre en vigencia la decisión

Si presenta la apelación después de 30 días, pero todavía dentro de los 90 días calendario después de la decisión, deberá explicarnos el motivo del retraso de su apelación. Si tiene un buen motivo para haber presentado su apelación tarde, decidiremos si puede tener una audiencia. Si presenta la apelación fuera del plazo de 90 días después de la decisión, no podemos darle una audiencia.

### ¿Puedo seguir recibiendo beneficios mientras mi apelación está pendiente?

Podrá mantener sus beneficios hasta el final de la apelación o hasta el término del periodo de certificación si presenta una apelación dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de recibo del aviso. Una notificación se considera recibida 5 días calendario después de la fecha en la notificación. En el caso de Family Investment Program, Child Care Assistance y Medicaid, los beneficios también pueden continuar si presenta una apelación antes de la fecha de vigencia de una decisión. Cualquier beneficio que obtenga mientras se decide su apelación tendrá que pagarse si se ratifica que la acción del Departamento es correcta.

### ¿Cómo sabré si obtengo una audiencia?

Recibirá una notificación de audiencia que indicará la fecha y la hora de la audiencia telefónica programada. Si no obtiene una audiencia recibirá una carta con la negativa. La carta explicará las razones por las que no pudo obtener una audiencia. También explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión negativa de su audiencia.

### ¿Puedo tener a alguien que me ayude en la audiencia?

Usted u otra persona, como un amigo o pariente puede explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del Departamento. También puede traer a su propio abogado, pero el Departamento no pagará por ello. La oficina de DHS de su condado puede darle información sobre los servicios legales existentes. El costo de los servicios legales dependerá de sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid al 1-800-532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al 243-1193.

### **Política con respecto a discriminación, acoso, acción afirmativa e igualdad de oportunidades en el empleo**

Es política del Iowa Department of Human Services (DHS) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, identidad de género, religión, edad, discapacidad, creencia política o estado de veterano.

Si usted cree que el DHS ha discriminado o ha tenido una actitud intimidatoria contra usted, por favor envíe una carta detallando su queja a: Iowa Department of Human Services, Hoover Building, 5th Floor – Bureau of Policy Coordination, 1305 E Walnut, Des Moines, IA 50319-0114 o por correo electrónico a [contactdhs@dhs.state.ia.us](mailto:contactdhs@dhs.state.ia.us)