



**Departamento de Servicios Humanos de Arkansas  
División de Servicios para Niños y Familias**

**CERTIFICACIÓN DE PROHIBICIÓN DE FUMAR A PADRES ADOPTIVOS O SUSTITUTOS Y CANDIDATOS**

**Padre(s) Adoptivos o Sustitutos o Candidato(s):**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Condado:** \_\_\_\_\_ **Número de Teléfono:** ( ) - \_\_\_\_\_

**I. REQUISITOS DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS (DCFS) DE ARKANSAS**

En conformidad con la legislación estatal de Arkansas y/o el reglamento del DCFS, un padre adoptivo o sustituto no puede: fumar ni permitir que nadie fume en presencia del menor asignado a una familia sustituta.

Todo padre adoptivo o sustituto, candidatos y padres sustitutos en proceso de re-evaluación deben firmar el formulario CFS-363 del DCFS que certifique aceptan cumplir todos los requisitos estatales y/o del DCFS.

**II. CERTIFICACIÓN**

He leído y entendido plenamente los requisitos y restricciones mencionados arriba relativas a no fumar en presencia de menores en hogar sustituto.

Acepto o no acepto cumplir el requerimiento de no fumar o permitir que otras personas fumen en presencia de un menor en cuidado sustituto,

Madre Adoptiva/Sustituta o Candidata - Yo  Acepto  No acepto.

Padre Adoptivo/Sustituto o Candidato - Yo  Acepto  No acepto.

**III. FIRMAS:**

A. Progenitor Adoptivo/Sustituto o Candidato \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Progenitor Adoptivo/Sustituto o Candidato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

B. Nombre del Especialista en Adopción/Empleado del DCFS: \_\_\_\_\_

Firma del Especialista en Adopción/Empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

C. Nombre del Gerente de Zona: \_\_\_\_\_

Firma del Gerente de Zona: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

D. Nombre del Director Adjunto: \_\_\_\_\_

Firma del Director Adjunto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_