DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS
División de Servicios para Niños y Familias

SOLICITUD Y CONTRATO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE REEMBOLSO DE SEGURO PARA CONDUCTORES EN HOGAR SUSTITUTO DEL DCFS

Sección 1: Menor en Hogar de Acogida

Yo,_____ (nombre en mayúsculas) solicito autorización para participar en el Programa de licencia de conducir de hogar sustituto. He leído, entiendo y acepto todas las responsabilidades que recaen sobre mi mientras conduzco un vehículo de mi propiedad o propiedad de mis padres sustitutos.

Yo entiendo plenamente que: **[Leer y poner la inicial en cada uno de los ocho puntos de información de abajo]**

Iniciales	**Lea cada Punto de Información Atentamente**
1. _____	Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria y que no podré participar sin el consentimiento por escrito del Director del DCFS o la persona designada, y que deberé cumplir de forma permanente todas las normas.
2. _____	Me comprometo a respetar todas las leyes del estado de Arkansas y los requisitos del DCFS incluyendo las normas y recomendaciones de conducción segura (por ejemplo: usar el cinturón de seguridad, no usar celular o permitir que otras personas en el vehículo usen celular u otro dispositivo electrónico que pueda distraer al conductor impidiendo su concentración en conducir el vehículo de forma segura).
3. _____	Me comprometo a no manejar nunca un vehículo motorizado sin obtener permiso para participar en el Programa DCFS y estar asegurado específicamente como conductor en una póliza de seguros que cumpla los requisitos mínimos del Estado de Arkansas, la oficina del Director jefe del DHS o el DCFS.
4. _____	Entiendo que si recibo un multa por alguna infracción de transito con vehículo en movimiento o por un accidente causado por incumplir las reglas del tráfico, dejaré inmediatamente de conducir e informare a mis padres sustitutos o a mi trabajador social designado (dentro de las veinticuatro horas siguientes o el lunes a primera hora después de un fin de semana) y permitiré la retención de licencia de conductor hasta que se pueda revisar mi caso.
5. _____	Entiendo que no tengo autorización para conducir un vehículo con pasajeros menores de diecio años (18) presentes, a menos que haya un adulto autorizado (veintiún años [21] de edad o más) presente en el vehículo.
6. _____	Acepto acatar todos los requisitos del DCFS que regulan el privilegio de participar en este programa y aceptar las consecuencias, incluyendo permitir que el DCFS retenga mi licencia de conducir, suspenda mis privilegios de conducción y recomiende a la Oficina de Servicios del Conductor de Arkansas que revoque mi licencia.
7. _____	Se enviará una copia de las multas que reciba por las infracciones de transito a mis padres sustitutos o a mi trabajador de servicios para familias designado o que corresponda para que los remita al Foster Care Driver's License Program, P.O. Box 1473, Slot S-561 o lo mande por fax al número (501) 683-5421. Dichas infracciones NO serán anuladas a cambio periodos de prueba o civil.

_____
Nombre del Menor en Hogar Sustituto (en Mayúsculas)

Firma_____ Fecha _____

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS
División de Servicios para Niños y Familias

SOLICITUD Y ACUERDO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE LICENCIA DE CONDUCIR DE HOGARES SUSTITUTOS DEL DCFS, Cont.

Sección 1: Menor en Hogar Sustituto (continuación)

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER EL HISTORIAL DE INFRACCIONES DE TRÁFICO

AGENCIA ESTATAL: DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS

CÓDIGO DE LA AGENCIA: 710 / División de Servicios para Menores Y Familias

Por la presenta autorizo a obtener mi historial de infracciones de tráfico de la Oficina de servicios para conductores en conformidad con el código anotado de Arkansas 27-50-908. Este historial incluirá material normalmente excluido según el Código anotado de Arkansas 27-50-802.

La firma de la persona que aparece abajo supone el consentimiento para la entrega de dicho historial a la agencia estatal identificada en este formulario.

Entiendo que esta autorización para obtener mi Historial de infracciones de tráfico tendrá vigencia hasta que decida interrumpir mi participación en el Programa de licencia de conducir del Departamento de Servicios para niños y familias o hasta que termine mi relación con el mismo.

_____
Nombre del Menor en Hogar Sustituto

_____
Fecha de Nacimiento

_____
Número de la Licencia de Conducir (si la tuviere)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS
División de Servicios para Niños y Familias

SOLICITUD Y ACUERDO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE LICENCIA DE CONDUCIR DE HOGARES SUSTITUTOS DEL DCFS, Cont.

Sección 2: Padre/Madre Sustituto

Yo,_____ (nombre en mayúsculas) solicito autorización para participar en el Programa de licencia para conducir de hogar sustituto. He leído, entendido y aceptado todas las responsabilidades que recaen sobre mi persona por permitir que un menor en hogar sustituto asignado en mi casa conduzca un vehículo motorizado.

Yo entiendo plenamente que: **[Leer y poner la inicial en cada uno de los ocho puntos de información de abajo]**

Iniciales	**Lea cada Punto de Información Atentamente**
1. _____	Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria.
2. _____	Si decido participar en este programa, me comprometo a acatar la legislación del estado de Arkansas y todas las condiciones y normas del DCFS.
3. _____	Me comprometo a acatar los requisitos de seguros del estado de Arkansas, la oficina del director del DHS o el DCFS, y añadir al menor en hogar sustituto a mi cobertura de seguro incluyendo la identificación de cada vehículo que el menor tendrá autorización para conducir.
4. _____	Me comprometo a retener la licencia de conducir del menor en hogar sustituto si recibimos una citación de trafico por una infracción en vehículo en movimiento o de accidente por incumplir las normas de circulación e informar inmediatamente (o en las siguientes veinticuatro horas, o el siguiente día laborable después de un fin de semana o festivo) al trabajador de Servicios para familias designado o correspondiente para que se haga una revisión de la situación.
5. _____	Se consigo una copia de las multas emitidas al menor bajo mi cuidado por las infracciones de transito cometidas la enviare al trabajador de servicios sociales designado o que corresponda para que la remita al Foster Care Driver's License Program, P.O. Box 1473, Slot S-561 o lo mande por fax al número (501) 683-5421. Dichas infracciones NO serán anuladas por periodos de prueba o estado civil.

_____
Nombre del Padre/Madre Sustituto (en mayúsculas)

Firma _____ Fecha _____

DECLARACION DE CERTIFICACIÓN DE EMPLEADO DEL DCFS

He recibido este formulario y certifico que las personas arriba mencionadas han **puesto sus iniciales** en todos los puntos de información indicando así que el o ella han **leído** y **entendido** los requisitos del Programa de licencia de conducir de la División de servicios para niños y familias **Y** han **firmado** y **fechado** el formulario. Adicionalmente, he comprobado que se han adjuntado los documentos necesarios y que se ha completado toda la documentación CHRIS.

- ☐ Declaración escrita del FSW relativa a la estabilidad del hogar sustituto.
- ☐ Declaración escrita del FSW sobre el historial de conducta del menor en los últimos seis (6) meses.
- ☐ Declaraciones/informes académicos o libreta de calificaciones del estudiante correspondientes
- ☐ Prueba de participación en el programa de vida independiente.

_____

Nombre del trabajador de servicios familiares u otro funcionario designado por el gerente de zona (en mayúsculas)

Firma _____ Fecha _____

He revisado este formulario y certifico que se cumplen todos los requisitos y se ha entregado toda la documentación necesitara para participar del Programa de licencia de conducir de los Servicios para niños y familias Toda la documentación CHRIS necesaria ha sido completada.

_____

Nombre del supervisor de zona (en mayúsculas)

Firma _____ Fecha _____

He revisado este formulario y certifico que se cumplen todos los requisitos y se ha entregado toda la documentación necesitara para participar del Programa de licencia de conducir de los Servicios para niños y familias Toda la documentación CHRIS necesaria ha sido completada.

_____

Nombre del gerente de zona (en mayúsculas)

Firma _____ Fecha _____