

**RESPUESTA DEL PARIENTE O DE LA PERSONA QUE TIENE UNA
RELACIÓN SIGNIFICATIVA CON EL MENOR**

El Departamento de Seguridad Económica de Arizona (DES por sus siglas en inglés) necesita saber si usted quiere que se le considere como opción de colocación para el(los) menor(es) o si quiere proporcionar comunicación, relación o ampara para el/los menor(es). *(Por favor escribe en letra de molde o a máquina toda la información).*

Yo, _____ Entiendo que
Su nombre y relación con el menor(es)

_____ Está(n) actualmente bajo custodia del DES.
Nombre(s) del(los) menor(es)

1. Deseo que se me considere como una opción posible de colocación.
 Ahora En el futuro No estoy seguro/a No quiere ser considerado/a
2. Quiero participar en la vida del(los) menor(es) de la siguiente manera:

3. Quisiera hablar del(os) menor(es) y sus necesidades con el/la especialista de Servicios de Protección al Menor (CPS por sus siglas en inglés). Sí No

Por favor comuníquese conmigo al: _____

Si a usted le gustaría ser considerado/a como una opción de colocación o si ser participe en la vida del(os) menor(es), por favor firme, feche, y devuelve este formulario lo antes posible pero no más tarde de los 30 días a partir de la fecha de esta carta a:

Nombre del especialista de CPS _____
Número de teléfono.

Dirección

Puede bajar este formulario al: <https://egov.azdes.gov/cmsinternet/appforms.aspx>

Puede enviar el formulario llenado por fax al: *(Número de Fax del especialista de CPS)* _____

Puede enviar el formulario llenado por correo electrónico a: *(Dirección electrónica del especialista de CPS)* _____

Si usted tiene información de otros parientes que pudiesen ser opción de colocación para el/los menor(es), por favor proporcione la información al Especialista de CPS.

Si usted no comunica ni devuelve el formulario lo antes posible pero no más tarde de los 30 días a partir de la fecha de esta carta, es posible que DES proceda con otro plan par el/los menor(es). De no comunicarse conmigo, ni devolver este formulario, usted podría renunciar sus opciones futuras para ser considerado/a como un recurso de colocación para el/los menor(es).

Su firma _____
Fecha

Su información de contacto:

Nombre

Domicilio _____
Número de teléfono

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.