|  |  |
| --- | --- |
|  | DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISURIDIVISIÓN INFANTIL**SOLICITUD DE SUBSIDIO DE ADOPCIÓN** |
| **Información del niño:** |
| **Esta solicitud de subsidio de adopción se presenta en nombre del siguiente niño:** |
| **Nombre** | **Fecha de nacimiento** | **DCN** |
|  |  |  |
| **Fecha de entrega a la familia** |
|  |
| **Información del padre/madre adoptivo(s):** |
| **Esta solicitud de subsidio la presenta:** |
| **Nombre(s)** |
|  |
| **Dirección** | **Ciudad/estado** |
|  |  |
| **Relación con la familia en el momento de la colocación inicial**  |
| ***A COMPLETAR POR EL TRABAJADOR:*** |
| **Agencia que tenía custodia en el momento de la colocación** | **Nombre del trabajador** |
|  |  |
| **Fecha de la petición** | **Fecha de transferencia de la custodia** | **Fecha de privación de la patria potestad** | **Padre/madre n.o 1** | **Padre/madre n.o 2** |
|  |  |  |  |  |
| **Fecha de la última determinación de elegibilidad según IV-E:** |  |
| **Elegible según IV-E:** **[ ]  Sí** **[ ]  No** |
| **Elegible para SSI:** **[ ]  Sí** **[ ]  No**  | **Recepción de OASDI** **[ ]  Sí** **[ ]  No** |
| ***Criterios de necesidades especiales para los que se presenta la solicitud: (Marque todas las que correspondan)*** |
| **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]** **[ ]**  | **Atención y custodia en la División Infantil****Mayores de 5 años****Afección discapacitante****Miembro de un grupo de hermanos que están siendo colocados juntos****Pronóstico reservado** |
| **Información resumida sobre el niño: (Incluya información/documentación médica y de salud física y mental, así como información relevante sobre padre/madre biológico(s) que pueda dar lugar a un pronóstico reservado para este niño).** |
|       |
| **Adjunte una copia del resumen social completo del niño como se describe en el artículo 4, capítulo 27, apartado 3 del Manual de Bienestar Infantil.** |
| Firma del padre/madre adoptivo | Fecha |
|       |       |
| Firma del padre/madre adoptivo | Fecha |
|       |       |

