



DIVISIÓN INFANTIL DEL DEPARTAMENTO DE
SERVICIOS SOCIALES DE MISURI
REGISTRO DE INFORMACIÓN DE ADOPCIÓN

Enviar un correo electrónico a:
CD.MOAdoptionInfoRegistry@dss.mo.gov

O REGRESAR A:
MISSOURI CHILDREN'S DIVISION ADOPTION
INFORMATION REGISTRY (REGISTRO DE
INFORMACIÓN DE ADOPCIÓN DE LA
DIVISIÓN INFANTIL DE MISURI)
P.O. BOX 88
JEFFERSON CITY, MISURI 65103

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE BIOLÓGICO QUE DESEE TENER CONTACTO CON EL HIJO ADOPTADO

REGISTRO DE PADRES BIOLÓGICOS

SECCIÓN A – SOLICITUD

DE CONFORMIDAD CON LA AUTORIDAD CONCEDIDA EN 453.121 RSMo I, SOLICITO EL REGISTRO DE MI DESEO DE UN FUTURO CONTACTO CON MI HIJO QUE FUE ADOPTADO. ENTIENDO QUE PUEDO CAMBIAR ESTA INFORMACIÓN MÁS ADELANTE SI CAMBIAN MI UBICACIÓN O CIRCUNSTANCIAS.

RELLENE EL FORMULARIO COMPLETO CON TODA LA INFORMACIÓN QUE CONOZCA.

COMPRUEBE Y PROPORCIONE UNA COPIA DE UNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS PARA CONFIRMAR SU IDENTIDAD:

CERTIFICADO DE NACIMIENTO LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN CON FOTO

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	--------	----------------

FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RAZA
		<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indio/Nativo de Alaska
		<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico

DIRECCIÓN ACTUAL (calle/ciudad/estado/código postal)	NÚMERO DE TELÉFONO
	CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL HIJO

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	--------	----------------

FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RAZA
		<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indio/Nativo de Alaska
		<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico

NOMBRE COMPLETO ACTUAL DE LA MADRE

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	--------	----------------

OTROS APELLIDOS USADOS

DIRECCIÓN ACTUAL (calle/ciudad/estado/código postal)	NÚMERO DE TELÉFONO
	CORREO ELECTRÓNICO

SECCIÓN B – COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN CONOCIDA SOBRE EL NIÑO ADOPTADO PARA EL QUE SE SOLICITA CONTACTO

NOMBRE DE NACIMIENTO COMPLETO

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	RAZA	SEXO
			<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> M
			<input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> F

NOMBRE ADOPTADO COMPLETO

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	--------	----------------

FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	CIUDAD	ESTADO	CONDADO
---------------------	---------------------	--------	--------	---------

AGENCIA/PERSONA QUE REALIZÓ LA COLOCACIÓN		CONDADO DONDE FINALIZÓ LA ADOPCIÓN		FECHA DE ADOPCIÓN
---	--	------------------------------------	--	-------------------

DIRECCIÓN

CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-------	--------	--------	---------------

INFORMACIÓN DE LOS PADRES ADOPTIVOS SI SE CONOCE

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO N.º 1

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	--------	----------------

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO N.º 2

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
----------	--------	----------------

SECCIÓN C – CERTIFICACIÓN

CERTIFICO SOLEMNEMENTE QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE REGISTRO ES VERDADERA Y PRECISA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.	FIRMA DEL REGISTRANTE	FECHA
--	-----------------------	-------

SECCIÓN D – A SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE LA DIVISIÓN INFANTIL

SOLICITUD DE REGISTRO PRESENTADA POR:	PADRE/MADRE BIOLÓGICO	FECHA
POSIBLE COINCIDENCIA LOCALIZADA		FECHA

NOTIFICACIÓN ENVIADA A LA OFICINA LOCAL PARA CONFIRMAR LA IDENTIDAD O NOTIFICACIÓN DE OTRA PARTE PARA QUE COINCIDA SI SE CONFIRMA LA IDENTIDAD

□ SÍ □ NO FECHA

SECCIÓN E – A SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE LA OFICINA LOCAL/AGENCIA PRIVADA

DETERMINAR LA SITUACIÓN DEL PADRE/MADRE BIOLÓGICO NO INSCRITO EN EL REGISTRO DE ADOPCIÓN

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> FALLECIDO | <input type="checkbox"/> NO PUEDE LOCALIZARSE | <input type="checkbox"/> SE NEGÓ A REGISTRARSE |
| <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO | <input type="checkbox"/> HA COMPLETADO EL FORMULARIO DE REGISTRO DE ADOPCIÓN (ADJUNTO) | <input type="checkbox"/> HA PRESENTADO UNA DECLARACIÓN JURADA CON FECHA CONFIRMADA POR EL TRIBUNAL |

TRABAJADOR	FECHA	DIRECCIÓN
------------	-------	-----------

AGENCIA PRIVADA/DEL CONDADO

Si es un veterano en el estado de Missouri y está interesado en obtener más información sobre los beneficios y recursos disponibles para usted y sus dependientes, visite <https://mvc.dps.mo.gov/MoVeteransInformation/Survey/DSS>