



ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY
EVALUACIÓN DE TASAS PARA SUBSIDIO POR ADOPCIÓN

<i>Nombre del Niño (apellido, nombre, inicial)</i>		<i>Fecha de nacimiento</i>	
<i>Edad en El Momento de a Adopción</i>		<i>Monto actual de la manutención</i>	
Adopción de hermanos:		Sí	No
1.	¿Tiene su hijo un retraso o discapacidad de desarrollo, discapacidad física o condición médica que afecte su vida diaria o sus habilidades de cuidado personal?	Sí	No
1.1	¿Recibe su hijo servicios de la División de Discapacidades del Desarrollo?	Sí	No
Especifique la condición:			
Explique cómo se ven afectadas sus habilidades para la vida diaria y el cuidado personal:			
2.	¿Tiene su hijo una discapacidad cognitiva?	Sí	No
Especifique el diagnóstico:			
Autismo			
Retraso mental leve			
Retraso mental moderado			
Retraso mental grave			
Otro:			
3.	¿Tiene su hijo un impedimento de movilidad significativo que requiera el uso de un dispositivo mecánico (por ejemplo, una silla de ruedas)?	Sí	No
Especifique el dispositivo:			
3.1	¿Necesita su hijo asistencia para trasladarse de una superficie a otra?	Sí	No
Describa la ayuda que su hijo requiere:			
4.	¿Tiene su hijo una enfermedad crónica que requiera citas médicas inusuales o prolongadas?	Sí	No
Especifique la condición:			
Cantidad de citas por mes:			
5.	¿Tiene su hijo una condición médica importante que requiera atención médica frecuente, monitoreo, hospitalizaciones y equipo o suministros médicamente necesarios?	Sí	No
Especifique la condición:			
Frecuencia del cuidado médico:			
Quién lo brinda:			
6.	¿Su hijo toma medicamentos?	Sí	No
¿Para qué condición(es)?:			
¿Con qué frecuencia?			
7.	¿Su hijo necesita una dieta especial?	Sí	No
¿Para qué condición?:			
Explique:			
8.	¿Su hijo requiere educación especial o tiene problemas en la escuela?	Sí	No
8.1	¿Tiene su hijo un Programa de Educación Individualizada [IEP] o un Plan 504?	Sí	No
Explique:			

9. ¿Su hijo tiene una condición de salud mental/conductual que requiera tratamiento? Sí No
Especifique la condición:
- 9.1 ¿Su hijo exhibe conductas agresivas o destructivas? Sí No
9.2 ¿Su hijo exhibe conductas negativas desafiantes extremas? Sí No
9.3 ¿Su hijo exhibe conductas hiperactivas extremas? Sí No
9.4 ¿Su hijo exhibe conductas sexuales explícitas? Sí No
9.5 ¿Su hijo exhibe conductas sexuales desviadas u ofensivas? Sí No

Describa la conducta de su hijo:

10. ¿Tuvo su hijo alguna intervención delictiva o judicial? Sí No
10.1 ¿Es su hijo un delincuente o ha estado detenido? Sí No
Explique:

11. ¿Participa actualmente su hijo en alguna terapia? Sí No
Especifique el diagnóstico:

¿De qué tipo?	¿Con qué frecuencia?	Lugar donde se la brindan	¿Terapeuta?
Física			
Ocupacional			
Del habla			
Salud conductual/mental (1.º)			
Salud conductual/mental (2.º)			
Intensiva en el hogar			
Other: _____			

12. Describa todo cuidado adicional, supervisión, tiempo o gasto requerido para cuidar a su hijo.

Yo o nosotros, los suscritos a continuación, declaramos que la información contenida en este documento es verdadera, correcta y completa a nuestro leal saber y entender.

NOMBRE DEL PADRE O MADRE PRIMARIO (en letra de imprenta)	FIRMA DEL PADRE O MADRE PRIMARIO	FECHA
NOMBRE DEL PADRE O MADRE SECUNDARIO (en letra de imprenta)	FIRMA DEL PADRE O MADRE SECUNDARIO	FECHA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL DCS (en letra de imprenta)	FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL DCS	FECHA



Programa/Empleador que brinda igualdad de oportunidades • De conformidad con lo establecido en los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley de no Discriminación por Información Genética (GINA) de 2008, el Departamento prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento debe llevar a cabo toda adaptación que sea razonable para permitir que una persona con discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Eso significa, por ejemplo, que si es necesario, el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, una ubicación accesible para sillas de ruedas o material impreso en tipografía ampliada. También significa que el Departamento llevará a cabo toda otra medida razonable que le permita a una persona participar y comprender un programa o actividad, e incluso implementar cambios razonables en una actividad. Si usted considera que no podrá comprender o participar en un programa o actividad a causa de su discapacidad, por favor comuníquenos de antemano en la medida de lo posible sus necesidades de adaptación. Para solicitar este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con su oficina local; servicios TTY/TDD: 7-1-1 • Free language assistance for Department services is available upon request. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del DCS está disponible a solicitud del cliente.