ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY

SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA FAMILIA ADOPTIVA

Instrucciones para llenar las páginas 2 hasta la 4

A. Propósito.

Solicitar asistencia para adopción. Una solicitud completa incluye las páginas 1 hasta 8, y cualquiera documentación requerida.

Los tipos de asistencia disponibles para la adopción son:

1. **Cobertura bajo AHCCCS o Medicaid**: El Sistema de Contención de Costos Médicos de Arizona (AHCCCS) o el programa Medicaid en la mayor parte de los casos cubrirá los servicios médicos, dentales y de salud mental del menor. Se basa la inscripción en la elegibilidad para recibir el Subsidio para Adopción.
2. **Servicios especiales**: Pago por servicios con autorización previa y relacionada con las condiciones preexistentes diagnosticadas que no son cubiertos por AHCCCS ni Medicaid, seguro privado ni recursos en la comunidad. **El programa de Subsidio de Adopción no cubre servicios que son responsabilidad de las escuelas públicas, otras agencias del gobierno o la comunidad, o que no han sido autorizados con antelación.**
3. **Mantenimiento**: Pago mensual proporcionado a los padres adoptivos para ayudarles con los gastos extras ocasionados por el cuidado, el tiempo consumido y la supervisión de un niño con necesidades especiales.
4. **Reembolso de los gastos de adopción no recurrentes:** Estos son los gastos razonables y necesarios directamente relacionados con el proceso legal de adoptar a un niño con necesidades especiales. Se pueden reembolsar hasta $2,000 de los gastos reales.

B. Cómo llenar la solicitud.

Llene la solicitud lo más detalladamente posible para los tipos de asistencia que solicita

1. Lea esta página y firme la parte inferior para indicar que entiende el proceso de solicitud.
2. Proporciona la información solicitada en las páginas 2 y 3.
   a. Proporcione la información demográfica que se pide.
   b. Marque la cajita por cada **tipo de subsidio** que solicita y proporcione la información que por cada tipo se pide

   Servicios especiales: Apunte las condiciones médicas, dentales y de salud mental o de conducta preexistentes que el niño padece o que esté a riesgo de desarrollar a base de condiciones heredadas de los padres biológicos. Incluya documentación del profesional(es) médico(s) del niño que incluya la diagnosis y la prognosis para cada una de las condiciones preexistentes**. La documentación tiene que haber sido actualizada no más de un año antes de la fecha de solicitud.**

   Manutención: Indique la cantidad de manutención que solicita y la cantidad de manutención que recibe el menor bajo Crianza Temporal (si corresponde). Explique la necesidad de los pagos de manutención y cómo se relacione la necesidad a los gastos extras en las áreas del cuidado, el tiempo y la supervisión necesaria de las necesidades especiales del menor y las circunstancias de la familia.

   Llene el formulario **Evaluación de la Tarifas de Subsidio para Adopción.** Apunte los gastos adicionales que requieren asistencia financiera. Se diseño la manutención para ayudar a la familia para que pueda adoptar, pero no se puede esperar que cubra todos los gastos involucrados en el cuidado o la vida cotidiana del niño. Algunos ejemplos de los gastos que podrían justificar asistencia de manutención son, sin limitarse a: transporte a terapia, primas de seguros médicos y clases particulares.

   La cantidad de asistencia de manutención no puede sobrepasar a la tarifa de Crianza Temporal que el niño tendría derecho a recibir. Los beneficios directos disponibles para el niño, tales como beneficios de Sobreviviente que paga el Seguro Social, serán deducidos de la cantidad aprobada para mantenimiento.

   Reembolso de los gastos de adopción no recurrentes: Apunte los gastos razonables y necesarios relacionados con el proceso legal de la adopción, tales como las cuotas de adopción, gastos legales, honorarios de abogado e investigaciones del hogar. Se puede reembolsar los gastos reales hasta la cantidad de $2,000. La ley estatal prohíbe el pago de gastos reclamados después de los nueve meses después de la fecha del decreto de adopción final.

   a. Proporcione la información que se pide con respecto a recursos tales como seguros privados y recursos en la comunidad. Si usted tiene seguro privado, escriba la información acerca de la compañía. El seguro de la familia es el pagador principal y se espera que los padres adoptivos agreguen al niño adoptivo a su cobertura, a menos que el costo es prohibitivo. Apunte las agencias en la comunidad o gubernamentales para las cuales el niño podría calificar, tales como la División de Discapacidades del Desarrollo, Servicios de Rehabilitación para Niños, la Asociación para Distrofia Muscular, la Sociedad Easter Seal, etc.
   b. Describa los beneficios financieros que el niño esté recibiendo o que pueda calificar para recibir. Verifique esta información con el gerente de casos de adopción.
3. Lea las declaraciones de comprensión en la página 4 y, si está de acuerdo, firme la solicitud.
4. Pida que el gerente de casos de adopción llene las páginas 6 y 7 de la solicitud y anexe la documentación necesaria para completar la solicitud. El gerente de caso de adopción presente la solicitud completa a la unidad de Subsidios de Adopción.

Nota: No puede concluir el proceso de adopción hasta que el programa de Subsidio de Adopción reciba este formulario y la documentación necesaria. El Comité de Revisión del Subsidio de Adopción revisará la solicitud y se emitirá una decisión con respecto a la elegibilidad. Se finalizará un acuerdo que habrán de firmar los padres adoptivos y el supervisor de Subsidio de Adopción **antes de que la adopción sea final.**

He leído y comprendo las instrucciones precedentes con respecto a la finalización de la Solicitud de Subsidio para la Familia Adoptiva

FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA
FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA

Vea página 4 para leer la declaración de EOE/ADA/LEP/GINA.

ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY

SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA FAMILIA ADOPTIVA

Yo / nosotros, el padre(s) adoptivo(s) abajo firmante(s) no estoy/estamos capacitado(s) para adoptar sin un Subsidio de Adopción y por lo tanto solicito/solicitamos Subsidio de Adopción para el menor nombrado a continuación.

NOMBRE DE LA MADRE ADOPTIVA *(Nombre, S.I., apellido)*			FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
ETNICIDAD	IDIOMA PREFERIDO	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACIÓN CON EL MENOR
NOMBRE DEL PADRE ADOPTIVO *(Nombre, S.I., apellido)*			FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
ETNICIDAD	IDIOMA PREFERIDO	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACIÓN CON EL MENOR
NOMBRE PROPUESTO PARA EL MENOR ADOPTIVO *(Nombre, S.I., apellido)*			FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
ETNICIDAD	IDIOMA PREFERIDO	ALGUNA ADOPCIÓN PREVIA ☐ Sí ☐ No	EN CASO AFIRMATIVO, ¿FUE SUBENCIONADA LA ADOPCIÓN? ☐ Sí ☐ No	

TIPO(S) DE SUBSIDIO QUE SE SOLICITA

☐ **SERVICIOS ESPECIALES** ***(Solicito servicios para las siguientes condiciones preexistentes diagnosticadas, o condiciones diagnosticadas del padre biológica que ponga el niño a alto riesgo de desarrollar).*** **NOTA: Se requiere documentación de profesionales de servicios de salud que incluya el diagnóstico de cada una de las condiciones listadas, y tal documentación tendrá que estar actualizada no más tarde de un año antes de la fecha de solicitud.**

MEDICA(S) *(Apunte las condiciones diagnosticadas)*

DENTAL(ES) *(Condiciones diagnosticadas aparte de las rutinarias)*

SALUD MENTAL / DE CONDUCTA *(Apunte las condiciones diagnosticadas)*

SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA FAMILIA ADOPTIVA

☐ **MANUTENCIÓN** ***(pagos mensuales para ayudar con los gastos extras por el cuidado, tiempo y supervisión de un menor con necesidades especiales).***

PAGOS DIARIOS *(cantidad solicitada)*	PAGOS DE MANTENIMIENTO DIARIO QUE RECIBE ACTUALMENTE BAJO CUIDADO TEMPORAL, EXCLUYENDO ASIGNACIONES *(si corresponde)*
$	$

Explique las necesidades actuales del menor y las circunstancias de la familia que hacen necesario los pagos de manutención. Adjunte un formulario, **Evaluación de la Tarifa de Subsidio para Adopción** para ayudarlo a determinar una tarifa.

☐ **REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE ADOPCIÓN NO RECURRENTES** ***(Los gastos de adopción no recurrentes se definen como cuotas de adopción, gastos del tribunal, honorarios de abogados y otros gastos razonables y necesarios relacionados con el proceso legal de la adopción de un menor con necesidades especiales. Otros gastos pueden incluir el estudio del hogar, requeridos exámenes médicos y psicológicos de los padres adoptivos y la supervisión de la colocación antes de la adopción.)***

Descripción de los gastos *(honorarios de abogados, gastos de tribunal, etc.)*	Especifique a quién se le debe / se le pagó la cantidad	Cantidad

RECURSOS

TIENE USTED SEGURO QUE PUDIERA CUBRIR ALGUNAS DE LAS NECESIDADES DEL MENOR *(Si lo tiene, escriba el nombre de la compañía, su dirección y el número de póliza)* ☐ Sí ☐ No

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	NÚMERO DE LA PÓLIZA

DIRECCIÓN *(Calle, número, ciudad, estado, código postal)*

HAY RECURSOS DISPONIBLES EN LA COMUNIDAD PARA SATISFACER ALGUNAS DE LAS NECESIDADES DEL MENOR *(Si los hay, especifique)*

☐ Sí ☐ No

TIENE USTED OTROS RECURSOS PARA AYUDAR A SATISFACER LAS NECESIDADES DEL MENOR *(Si los tiene, especifique)*

☐ Sí ☐ No

LOS BENEFICIOS DEL MENOR

☐ No se reciben beneficios para el menor. *(Verifique con el gerente de caso de adopción.)*

SI SE MARCÓ ALGUNO DE LO SIGUIENTE, DEBE INCLUIR LA DOCUMENTACIÓN DE ELEGIBILIDAD JUNTO CON LA SOLICITUD *(Escriba todas las cantidades aplicables)*

☐ SSA por Discapacidad $ _____ ☐ SSA Pensión por defunción $ _____ ☐ SSI $ _____

☐ Otro: _____ $ _____ Fecha de adjudicación: _____

HA SOLICITADO ALGUNO DE LOS BENEFICIOS ARRIBA INDICADOS *(si es así, especifique el tipo)*	FECHA DE LA SOLICITUD
☐ Sí ☐ No	

SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA FAMILIA ADOPTIVA

POR FAVOR LÉA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR

Yo(nosotros) no podría(mos) adoptar a este menor sin un subsidio. *[42 U.S.C. 673, Sección 473(c) (2) (B)]*.

Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que el menor adoptivo es elegible para recibir servicios de AHCCCS/Medicaid cuando sea finalizada la adopción, excepto si el menor no es ciudadano de los Estados Unidos, o tienen un Acuerdo Estatal y reside en un estado sin un Pacto interestatal.

Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que Subsidio de Adopción inscribirá al menor elegible bajo el Título XIX *(AHCCCS/Medicaid)*, excepto si el menor no es ciudadano de los Estados Unidos.

Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que todos los cambios en las circunstancias *(tales como una colocación fuera del hogar, cambio de dirección, matrimonio, inscripción militar, etc.)* se habrán de informar a Subsidio de Adopción.

Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que debo/debemos agotar todo seguro privado y/o los recursos del Título XIX *(AHCCCS/Medicaid)* y de la comunidad para responder a las necesidades especiales del menor.

Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que toda utilización del subsidio para servicios especiales ha de ser autorizado por el programa de Subsidio de Adopción antes de poder obtener los servicios.

Yo(nosotros) puedo(podemos) apelar la determinación hecha por DCS con respecto a esta solicitud dentro de quince (15) días de calendario del sello postal en la carta de decisión. *(A.R.S. § 8-145).*

Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que la Ley de los Derechos Civiles de 1964 prohíbe la discriminación basada en la raza, el color o el origen nacional en este programa que recibe asistencia federal.

Yo(nosotros) entiendo(entendemos) que el Acuerdo de Subsidio de Adopción tiene que estar completo y firmado por los padres adoptivos y el supervisor de Subsidio de Adopción **antes de que la adopción se considere final**.

FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA
FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA

DIRECCIÓN *(Calle, número, ciudad, estado, código postal)*	NÚM. DEL TELÉFONO (incluye código del área)

PARE AQUÍ. El gerente de caso de adopción llenará las páginas 6 hasta 8.

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 a los servicios del departamento está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.

Instrucciones para llenar la páginas 6 y 7

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE ADOPCIÓN Y TÍTULO IV-E

B. Cómo llenar el formulario *(continuación de la página 1).*

5. **SITUACIÓN DEL PADRE ADOPTIVO:** Indique se el(los) padre(s) adoptivo(s) han sido certificados por el tribunal o si son parientes que no necesita certificación conforme a ARS 8-105. Si ninguna corresponde, diga por qué.

6. **SITUACIÓN DEL MENOR**

   a. **COLOCACIÓN BAJO ADOPCIÓN:** Escriba la fecha en la cual se colocó al menor en este hogar y ponga la fecha en la cual se le dio en adopción.

   b. **SITUACIÓN LEGAL DEL NIÑO:** Indique cuál agencia posee la custodia legal del niño. Proporcione información en la solicitud con respecto a la situación legal del niño con su padre y madre legales (es decir, marque la cajita y escriba la fecha). Indique la razón de la terminación en el espacio proporcionado e indique si la documentación está disponible en el expediente de adopción.

   c. **LOS FACTORES O CONDICIONES** PORQUE EL NIÑO NO PUEDE SER ADOPTADO SIN EL SUBSIDIO PARA ADOPCIÓN: Marque la cajita(s) y proporcione la información y documentación requerida.

   - **DISCAPACIDAD FÍSICA, MENTAL O DEL DESARROLLO:** Se refiere a la existencia de cualquiera de las siguientes condiciones: una enfermedad crónica debilitadora, progresiva o fatal que requiere asistencia en las actividades diarias, o la necesidad de asistencia de otra persona o un aparato mecánico para el niño poder moverse de un lugar a otro; alguna condición duradera caracterizada por el deterioro del desarrollo intelectual y que impide la capacidad de funcionar independientemente; o un menor quien tiene una discapacidad del desarrollo y quien demuestra la potencialidad de adquirir una discapacidad del desarrollo debido a una discapacidad cognitiva, parálisis cerebral, epilepsia o autismo lo que probablemente durará indefinidamente y quien tiene limitaciones sustanciales en su capacidad de funcionar en tres o más de las actividades vitales principales: el cuidado propio, la comunicación receptiva y expresiva, el aprendizaje, la movilidad, la autodirección o la capacidad para vida independiente.
   - **TRASTORNO EMOCIONAL:** Se refiere a una condición que impide el progreso normal del desarrollo del niño.
   - **ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD FÍSICA O MENTAL:** Se refiere a una condición potencialmente debilitadora.
   - **ALTO RIESGO DE UNA DISCAPACIDAD DEL DESARROLLO:** Se refiere a una condición potencialmente debilitadora.
   - **FACTORES RACIALES O ÉTNICOS:** Se refiere a trasfondos étnicos hispánicos, negros, indígenas americanos, asiáticos u otros que podrían impedir la adopción de un niño.
   - **SEIS (6) O MÁS AÑOS DE EDAD:** Se refiere a la edad del niño al momento de la solicitud de la Subvención de Adopción.
   - **RELACIÓN DE HERMANOS:** Se refiere a dos o más menores con parentesco sanguíneo o legal quienes son simultáneamente adoptados por los mismos padres adoptivos.
   - **ALTO RIESGO DE TRASTORNO EMOCIONAL GRAVE SI LE REMUEVAN DEL CUIDADO DE LOS PADRES TEMPORALES O PARIENTES:** Significa que existía una relación con los padres sustitutos o con un pariente antes de que se colocó al menor bajo crianza temporal para adoptar y que existe el desarrollo de lazos emocionales significativos con la familia sustituta o pariente y que el gerente de caso del menor ha documentado el alto riesgo de trastorno emocional si se le remuevan del cuidado de los padres sustitutos o sus parientes y un psicólogo o psiquiatra lo diagnostica y el departamento lo aprueba. **Esta condición no se considera como una necesidad especial a menos que la relación con la familia sustituta existía antes de colocar al menor para adopción de la familia sustituta.**

7. **ESFUERZOS PARA COLOCARLO SIN SUBSIDIO:** Los estatutos federales exigen que se realice un esfuerzo de colocar al menor sin el subsidio de adopción, excepto cuando no serviría el mejor interés del menor debido a la existencia de lazos emocionales significativos con los posibles padres adoptivos **mientras el niño estuvo bajo su cuidado como niño bajo crianza temporal**.

   - **HOGARES ADOPTIVOS INSPECCIONADOS:** Escriba el número de hogares estudiados y marque la casilla que indica se ha determinado que: esta familia es la mejor para satisfacer las necesidades del menor, la familia no puede adoptar sin el subsidio de adopción y se ha realizado un esfuerzo razonable pero sin éxito para colocar al menor sin el subsidio de adopción. La documentación de la decisión sobre la colocación tiene que incluir lo siguiente:

     a. Para adopciones de DCS, el expediente del menor tiene que incluir por qué necesita el subsidio y cuáles esfuerzos realizaron para colocar al menor sin el subsidio incluso de las razones por las cuales se seleccione a la familia.

     b. Para adopciones de agencia privada, proporcione una copia de la documentación del Plan de Evaluación de Servicios requerida *(conforme a AAC R6-5-6613)* y la documentación de la Decisión de Colocar requerida *(conforme a AAC R6-5-6614)*, usando formulario complementario de, ***Documentación de la Decisión de colocar: Agencia Privada***.

     Nota: Lo adecuado de la compatibilidad entre el menor y la familia es más importante que el deseo o la capacidad de la familia para adoptar sin el subsidio de adopción. Sin embargo, si hay más de una familia igualmente adecuada y una de las familias desea adoptar sin el subsidio, se habrá de elegir a esa familia, y no se presentará una solicitud de subsidio.

   - **ADOPCIÓN POR PADRES TEMPORALES O PARIENTES:** Si un padre/madre sustituto/a o un pariente adopta al menor y la colocación sirve a los mejores intereses del menor debido a los lazos emocionales significativos establecidos mientras estaba bajo su cuidado, no requiere la documentación de los esfuerzos para colocar al menor sin el subsidio. Esta excepción requiere una evaluación por parte del gerente de caso del menor, de los lazos emocionales significativos entre el menor y la familia a base de que se considera al menor como miembro de la familia y la probabilidad que el menor no establecerá lazos emocionales significativos con otra familia. La evaluación habrá de incluir la edad del niño, la duración de su colocación en el hogar actual, el número de colocaciones anteriores, cualquier historial de dificultades de apegos y relaciones de afecto, y cualquier retroceso en el desarrollo o condición médica que probablemente ocurriría si el niño fuera trasladado de ese hogar. El expediente de adopción debe contener la evaluación del gerente de caso de una excepción a base de los lazos emocionales significativos.

8. **TARIFA DIARIA POR CRIANZA TEMPORAL:** Escriba la cantidad de la tarifa diaria por Crianza Temporal establecida en la revisión más reciente, y feche. La tarifa se basa en las necesidades especiales del menor y en cómo esas necesidades afectarán la familia en términos del cuidado o supervisión necesarios, los gastos extras y el tiempo extra. La familia puede pedir una cantidad que sea menor a la cantidad máxima para la cual calificaría el menor bajo crianza temporal en una casa de familia, pero la cantidad de manutención no puede sobrepasar la tarifa de Crianza Temporal en una casa de familia que el niño tiene derecho de recibir.

C. Distribución. El solicitante llenará las páginas 2 y 3 con la ayuda del gerente del caso de adopción. El solicitante debe firmar las páginas 1 y 4. El gerente del caso llenará las páginas 6 y 7. El gerente de casos de adopción presentará la solicitud completa con todas las páginas y la documentación requerida al programa de Subsidio de Adopción.

D. Retención. Se retendrá en el expediente del caso hasta que este sea destruido.

SOLICITUD DE SUBSIDIO DE ADOPCIÓN Y TÍTULO IV-E

****ESTA PARTE LA LLENARÁ EL GERENTE DEL CASO DE ADOPCIÓN****

LA SITUACIÓN DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO/A

NOMBRE DE LA MADRE ADOPTIVA *(Nombre, S.I., apellido)*	NOMBRE DEL PADRE ADOPTIVO *(Nombre, S.I., apellido)*

¿TIENEN EL(LOS) PADRE(S) ADOPTIVO(S) LA CERTIFICACIÓN PARA ADOPTAR	EN CASO NEGATIVO, ¿SON EL(LOS) PADRE(S) ADOPTIVO(S) PARIENTES QUE NO NECESITAN CERTIFICARSE?	EN CASO AFIRMATIVO, ¿EL TRIBUNAL HA APROBADO A LOS PARIENTES PARA ADOPTAR?	SI NADA CORRESPONDE POR FAVOR, EXPLIQUE.
☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	

LA SITUACIÓN DEL MENOR

NOMBRE PROPUESTO PARA EL MENOR ADOPTIVO *(Nombre, segundo, apellido)*

NOMBRE DADO AL MENOR CUANDO NACIÓ *(Nombre, inicial, apellido)*	NÚM. ID DE PARTICIPANTE DEL MENOR*(si corresponde)*
FECHA ORIGINAL EN QUE SE COLOCA AL MENOR EN EL HOGAR	FECHA QUE SE DIO EN ADOPCIÓN

EL MENOR ESTÁ BAJO CUSTODIA DE
☐ DCS ☐ Otra agencia de colocación con licencia para menores *(especifique)*:

EL MENOR ES CIUDADANO DE EE.UU. ☐ Sí ☐ No

El Estado ha determinado que no se puede o debe regresar al niño al hogar de su padre(s). ☐ Sí ☐ No

MADRE	FECHA	PADRE	FECHA
☐ Los derechos de la madre fueron terminados/renunciados		☐ Los derechos del padre fueron terminados/renunciados	
☐ Madre difunta		☐ Padre difunto	
☐		☐ El registro del padre putativo fue verificado o publicado	
RAZÓN PARA LA TERMINACIÓN		RAZÓN PARA LA TERMINACIÓN	

Documentación que se puede (legalmente) dar al menor en adopción está en el expediente de adopción. ☐ Sí ☐ No

NO SE PUEDE ADOPATAR AL MENOR SIN EL SUSBIDIO DE ADOPCIÓN DEBIDO A LOS SIGUEINTES FACTORES O CONDICIONES *(Marque todo que corresponde y proporcione la documentación adecuada)*

☐ Discapacidad física, mental o del desarrollo

☐ Trastorno emocional

☐ Alto riesgo de enfermedad física o mental

☐ Alto riesgo de discapacidad del desarrollo

(Estas condiciones requieren documentación de un diagnostico de un profesional calificado, que cumple con las definiciones en las instrucciones conforme a ARS 8-141.)

☐ Factores raciales o étnicos *(Especifique por qué la raza o etnicidad del menor es una barrera a una colocación adoptiva.)*

_____

_____

_____

☐ Mayor de seis (6) o más años de edad. Fecha de nacimiento del menor: _____

☐ Relaciones de hermanos/as. Nombre(s) de hermanos/as: _____

_____

☐ Alto riesgo de trastorno emocional grave si le remueven del cuidado de los padres temporales o de los familiares. **(Un psicólogo o psiquiatra debe diagnosticar esta condición, que lo verifique por firmar abajo o con una evaluación adjunta. No se considera como una necesidad especial a menos que la relación con la familia sustituta existía antes de colocar al menor para adopción de la familia sustituta.**

Diagnóstico del psicólogo o psiquiatra: El menor está de alta riesgo de trastorno emocional grave si se le remueve del cuidado de su(s) padre(s) sustituto(s) o parientes debido al desarrollo de lazos emocionales significativos con la familia sustituta o pariente mientras estaba bajo su cuidado.

FIRMA DEL PSICÓLOGO O PSIQUIATRA	FECHA	ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL PSICÓLOGO O PSIQUIATRA

ESFUERZOS DE COLOCACIÓN SIN SUBSIDIO

☐ Inspeccionaron _____ hogares para una colocación adoptiva para este menor. Se ha determinado que esta familia es la mejor para satisfacer las necesidades del menor y la familia no puede adoptar sin el subsidio para adopción. Se realizaron un esfuerzo razonable pero sin éxito para colocar a este menor sin el subsidio para adopción.

La familia adoptiva fue seleccionada en una *reunión para seleccionar a una familia*: ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, explique cómo seleccionó a la familia:_____

_____

_____

O

☐ Se ha determinado que no se realicen esfuerzos de colocar a este menor sin subsidio de adopción. Se base esta determinación en la evaluación que es en el mejor intereses del menor de ser adoptado por esta familia debido a la existencia de lazos emocionales significativos con los posibles padres adoptivos mientras estaba bajo si cuidado y la familia no puede adoptar sin el subsidio.

Fecha en cual se colocó al menor en el hogar: _____

Agencias privadas deben adjuntar la documentación requerida conforme a las instrucciones en la página 5.

TARIFA POR CRIANZA TEMPORAL

TARIFA DIARIA POR CRIANZA TEMPORAL SEGÚN ESTABLECIDA DURANTE LA REVISIÓN MÁS RECIENTE

Tarifa: $ diarios Fecha de establecimiento:

LOS COMENTARIOS DEL GERENTE DE CASO DE ADOPCIÓN REFERENTES A LA NECESIDAD DE MANUTENCIÓN Y LA TARIFA

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL GERENTE DE CASO DE ADOPCIÓN	CÓDIGO DE LUGAR	TELÉFONO Y EXT.	E-MAIL ADDRESS
FIRMA DEL GERENTE DE CASO DE ADOPCIÓN			FECHA
FIRMA DEL SUERVISOR	CÓDIGO DE LUGAR	TELÉFONO Y EXT.	FECHA
NOMBRE DE LA AGENCIA	DIRECCIÓN *(Calle y número, ciudad, estado, código postal)*		

PARA COMPLETAR LA SOLICITUD COMO FAMILIA ADOPTIVA, ANEXE LOS DOCUMENTOS LISTADOS EN PÁGINA 8 ADJUNTO, LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL SUBSIDIO DE ADOPCIÓN

NOTA: El proceso de solicitud de Subsidio de Adopción no será considerado completo a menos que los padres y el Supervisor de Subsidio de Adopción hayan firmado el formulario, **Titulo IV-E Acuerdo de Asistencia con Adopciones**, o el, **Acuerdo de Asistencia con Adopciones en Arizona**, **Antes De Finalizar La Adopción.**

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EL SUBSIDIO DE ADOPCIÓN

Nombre del menor: _____

Núm. ID del menor participante: _____ Núm. de case CHILDS: _____

Fecha de petición: _____ Fecha de adopción final: _____

☐ 1. **Solicitud De Subsidio Para Familia Adoptiva**, con las copias de la documentación requerida.

☐ 2. **Evaluación de Tarifa**

☐ 3. Documentación de los factores o las condiciones que constituyen necesidades especiale que son la razón por qué no se puede adoptar al menor sin el Subsidio para Adopción *(vea a la página 6)*.

- Documentación de la discapacidades físicas, mentales y del desarrollo y los trastornos emocionales y las condiciones de alto riesgo tienen que incluir un diagnóstico que cumple con la definición conforme a ARS §8-141 y debe ser de un profesional calificado.
- Cuando sea aplicable, documentación de un alto riesgo de disturbio emocional grave si le remueven del hogar de los padres temporales o de los parientes, conforme a ARS § 8-141.10, se debe proveerlo a través de un psiquiatra o psicólogo.

☐ 4. Documentación de profesionales calificados de diagnósticos de las condiciones prexistentes médicas, dentales y mentales.

☐ 5. Facturas/declaraciones/recibos de los gastos de adopción no recurrentes.

☐ 6. Una Petición para Adoptar *(con la fecha de la audiencia final, si se sabe).*

☐ 7. Prueba de ciudadanía.

Documentación adicional que se necesita si el menor está bajo la custodia de una agencia privada:

☐ 8. Documentación sobre la decisión de colocación y los esfuerzos para colocarlo sin el subsidio, incluyendo el formulario de*,* **Documentación sobre la decisión de colocación: Agencia Privada (vea a la página 5).**

☐ 9. Documentación que se puede adoptar al menor legalmente tal como una(s) renuncia(s) a, revocación(es) de patria potestad o acta(s) de defunción.

☐ 10. La primera decisión judicial que documenta que sería al contrario del bienestar del menor para regresar con sus padres (p.ej., acta judicial de la primera audiencia).

☐ 11. Documentación de beneficios (p.ej., beneficios de Seguro Social).

☐ 12. Documentación que el menor está bajo el cuidado de la agencia privada.

NOTA: Un paquete incompleto podría resultar en la denegación o demora del proceso de la solicitud. Si alguno de los documentos listados arriba no está incluido, por favor explique.

_____

_____

RECUERDE: ¡Por favor devuelva la Orden de Adopción final lo antes posible!