|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISURI  DIVISIÓN 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 | |
|  | | | | | | | | |  | |

