Iowa Department of Health and Human Services

Solicitud de adopción

Dejar en blanco
Fecha de recepción:
Trabajador/a: Inicial: Renovación:

I. Información de identificación

Nombre completo del solicitante N.° 1:		
Nombre completo del solicitante N.° 2:		
Dirección:	Ciudad:	Código postal:
Condado:	Teléfono de casa/celular:	
Dirección de correo electrónico:		

NOTA: Si los solicitantes no están casados y residen en el mismo hogar, cada uno debe completar una solicitud de adopción por separado.

II. Indique cualquier dirección de residente fuera del estado

Incluya a los solicitantes y a cualquier otra persona mayor de 14 años que viva en el hogar y que haya vivido fuera de Iowa en los últimos cinco años.

Nombre:	Estado:	Condado:

III. Menores disponibles para adopción

El Department of Health and Human Services busca familias que puedan criar a menores con necesidades especiales. Esos menores pueden tener discapacidades físicas, mentales, emocionales o de comportamiento; pueden ser menores de cinco años o más; o pueden ser miembros de un grupo de tres o más hermanos. Los solicitantes que deseen presentar una solicitud para menores sin necesidades especiales deben dirigirse a agencias privadas de colocación de menores con licencia.

IV. Tipo de menor que yo (nosotros) puedo (podemos) criar mejor

Indique el tipo de menor cuyas necesidades usted considera que puede satisfacer mejor como un miembro permanente de su familia.

Sexo:	Edades:	Número de hermanos que pueden ser colocados a la vez:
Condiciones físicas: ☐ Leve ☐ Grave ☐ Moderada ☐ En riesgo	Discapacidad intelectual: ☐ Leve ☐ Grave ☐ Moderada ☐ En riesgo	Problemas emocionales/de comportamiento: ☐ Leve ☐ Grave ☐ Moderada ☐ En riesgo
Otros comentarios con respecto al tipo de menor que mejor encajará en su familia:		
Si presenta la solicitud para adoptar a un menor en particular, Nombre del menor: Nombre de la trabajadora del HHS asignada e información de contacto si está disponible		

V. Información actual

	Solicitante N.° 1				Solicitante N.° 2			
Fecha de nacimiento:								
Lugar de nacimiento:								
Ciudadanía estadounidense/Estatus legal: Descripción del estatus legal:	☐ Sí ☐ No				☐ Sí ☐ No			
Descripciones físicas:	Estatura		Peso		Estatura		Peso	
	Ojos		Cabello		Ojos		Cabello	
Educación (último grado completado):								
Raza u origen étnico								
Preferencia religiosa:								
Estado civil: Presente:	Lugar:				Lugar:			
Todos los matrimonios anteriores	Fecha: Lugar:				Fecha: Lugar:			
	Fecha: Lugar:				Fecha: Lugar:			
	Fecha: Lugar:				Fecha: Lugar:			

Ocupación actual:				
Empleador actual:				
Teléfono/correo electrónico del trabajo:				
Personas mayores de 18 años que residen en el hogar:	Nombre(s) completo(s) y fecha(s) de nacimiento:		Relación con los solicitantes:	
Todos los niños que residen actualmente en el hogar:	Nombre completo:	Fecha de nacimiento:	Escuela y grado actual:	Biológico, de crianza o adoptado

He sido condenado por un crimen en otro estado. ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí:
¿En qué estado?
¿Cuál fue el crimen?

Tengo un reporte de abuso fundado en otro estado. ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí:
¿En qué estado?
¿Cuál fue el tipo de abuso?

VI. Aceptación

Entiendo que es mi responsabilidad notificar al departamento de cualquier cambio de dirección o si ya no estoy interesado en la adopción. También entiendo que ni esta solicitud ni la completación del estudio del hogar garantizan la colocación de un menor.

Soy consciente de que, sujeto a las disposiciones del Capítulo 237 del Código de Iowa, el Central Child Abuse Registry, el Departamento de Seguridad Pública y las referencias, además de las que he provisto, serán revisadas para todos los miembros del grupo familiar mayores de 14 años en el caso de nuevas solicitudes y serán revisadas para todos los miembros adultos del grupo familiar en el caso de renovaciones de solicitudes.

Mi firma a continuación confirma que, a mi leal saber y entender, he entregado información veraz y correcta en este documento.

Fecha:	Fecha:
Firma del solicitante N.° 1:	Firma del solicitante N.° 2:
Número de Seguro Social del solicitante N.° 1 (últimos 4 dígitos):	Número de Seguro Social del solicitante N.° 2 (últimos 4 dígitos):

Política con respecto a discriminación, acoso, acción afirmativa e igualdad de oportunidades en el empleo

Es política del Iowa Department of Health Human Services (HHS) proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, creencia política o estatus de veterano.

Si cree que el HHS le ha discriminado o acosado, por favor, envíe una carta detallando su queja a: Iowa Department of Health and Human Services, Bureau of Policy Coordination, por correo electrónico a contactdhs@dhs.state.ia.us