



Application for Subsidy (Solicitud de Subsidio)

- Tipo de solicitud:** Presubsidio Subsidio Necesidades futuras
- Tipo de subsidio:** Mantenimiento Servicios especiales Mantenimiento y servicios especiales

Por la presente solicito un subsidio para el cuidado de:

Nombre	Fecha de nacimiento
	de de
	de de
	de de
	de de
	de de

No puedo adoptar a este menor sin un subsidio de adopción por las siguientes razones:

Cuando solicite un subsidio de mantenimiento, notificaré al Iowa Department of Human Services cualquier cambio en la situación familiar que afecte la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades especiales del menor.

Entiendo que debo proveer la siguiente información para negociar un subsidio para satisfacer las necesidades especiales del menor.

Nombre y dirección de la compañía privada de seguros de salud si el menor será incorporado en un seguro privado.		Marque las áreas de cobertura <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Farmacia <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Atención dental	
Descripción de las necesidades del menor y la capacidad de la familia para satisfacer esas necesidades. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).			
Ingreso no ganado del menor \$ _____	Cantidad de subsidio necesaria para satisfacer las necesidades especiales del menor \$ _____	Número de personas en mi hogar reclamadas en la declaración de impuestos	
Firma del padre adoptivo	Fecha	Firma del padre adoptivo	Fecha
Dirección		Número de teléfono ()	

A LOS SOLICITANTES

El Departamento proporcionará un *Aviso de Decisión de Adopción*, formulario 470-0745, para informarle de la acción tomada con respecto a su solicitud.

DHS Adoption Worker	Fecha de recepción
---------------------	--------------------