

CHILDREN'S ADMINISTRATION
Hoja de trabajo de apoyo para adopción
Adoption Support Worksheet

Si necesita más espacio para sus respuestas, utilice el reverso de esta hoja.

NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE DE LOS PADRES ADOPTIVOS	FECHA
-----------------	--------------------------------	-------

Sección 1. Necesidades especiales del niño y gastos relacionados

NECESIDADES ESPECIALES DEL NIÑO Y GASTOS RELACIONADOS	GASTO MENSUAL	MONTO APORTADO POR EL PADRE	MONTO DE LA ASISTENCIA SOLICITADA
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

Sección 2. Recursos familiares y comunitarios

Por favor liste los recursos que su familia utiliza actualmente, o los servicios que están disponibles, para compensar los costos adicionales relacionados con el cuidado del niños. A continuación se muestran algunos ejemplos.

FUENTE	MONTO
<input type="checkbox"/> Número de personas que sostiene el ingreso: _____ Ingreso mensual bruto:	\$
<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), Seguro Social (SSA) / Beneficios para veteranos	\$
<input type="checkbox"/> Manutención de menores (para otros niños del hogar)	\$
<input type="checkbox"/> Guardería de Working Connections Copago:	\$
<input type="checkbox"/> Otro:	\$
<input type="checkbox"/> Seguro médico familiar Liste los proveedores:	
<input type="checkbox"/> Cuidado personal de la Administración de Discapacidades del Desarrollo y/o Medicaid	
<input type="checkbox"/> Birth to Three / Early Head Start / ECEAP / Preescolar para el Desarrollo	

Sección 3. Gastos promedio

GASTOS MENSUALES	MONTO	GASTOS MENSUALES	MONTO
Vivienda	\$	Médicos	\$
Servicios públicos o teléfono	\$	Manutención de menores	\$
Alimentos	\$	Préstamos (sin incluir hipotecas y rentas)	\$
Automóvil	\$	Pagos de tarjetas de crédito	\$
Seguros	\$	Cuidado de dependientes	\$
Seguro médico familiar	\$	Guardería	\$
Gastos educativos	\$	Otro:	\$

Sección 4. Beneficios solicitados

¿Puede adoptar a este menor sin la asistencia del programa de apoyo para adopciones? Sí No

Pago mensual en efectivo \$_____ (monto solicitado) Asesoría/Terapia Medico

Costos no recurrentes \$_____ (monto que aparece en la solicitud)

FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA
--------------------------	-------

FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA
--------------------------	-------