

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
--------------------------	-------