

(Lea esta página antes de completar la solicitud)

**PROCEDIMIENTOS PARA SOLICITAR EL PROGRAMA  
DE APOYO A LA ADOPCIÓN Y/O EL REEMBOLSO DE  
LOS COSTOS DE FINALIZACIÓN DE LA ADOPCIÓN**

PROCEDURES FOR APPLYING TO THE ADOPTION SUPPORT  
PROGRAM AND/OR REIMBURSEMENT OF ADOPTION  
FINALIZATION COSTS

La siguiente información le ayudará a completar el formulario adjunto para solicitar el programa de apoyo a la adopción y para solicitar el reembolso de los costos para la finalización de la adopción de su hijo. Complete un formulario de solicitud para cada niño. El Gerente del Programa de Apoyo a la Adopción revisará la solicitud. Marque la casilla en el formulario para indicar que ha leído esta página.

**SECCIÓN I: SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE APOYO A LA ADOPCIÓN**  
**Ingrese la siguiente información:**

- Apellido, nombre y segundo nombre del menor a ser adoptado y nombre que se anticipa luego de la adopción.
- Fecha de nacimiento del menor.
- Su nombre, fecha de nacimiento, raza y ocupación actual.
- Su domicilio, ciudad, estado, código postal, número telefónico residencial y otro número de contacto.

**SECCIÓN II: SOLICITUD PARA EL REEMBOLSO DE LOS COSTOS DE FINALIZACIÓN DE LA ADOPCIÓN**

(Complete esta sección si está solicitando un reembolso de los costos incurridos en la finalización de la adopción). Estos costos podrían ser estimados. **EL REEMBOLSO MÁXIMO ES \$1,500.00.**

- A. Los costos legales** son los honorarios que le pagó al abogado por los servicios, los honorarios de presentación judicial, tarifas para las copias y el certificado de nacimiento.
- B. Los costos de transporte** son los gastos que incurrió al viajar para visitar al menor antes de la colocación en su hogar. La tasa de reembolso es la misma que para los empleados estatales.
- C. Los costos médicos** por informe(s) de examen físico de parte de su médico y/o examen(es) médico(s) para que su hijo pueda ser adoptado.
- D. Los costos de la Agencia de Adopción** son tarifas que usted pagó a una agencia privada.

**Después de que finaliza la adopción**, se reembolsarán sus costos autorizados una vez que recibamos lo siguiente:

- Una copia fiel de la sentencia de adopción
- Una copia de las facturas que muestren que usted pagó los servicios detallados en el formulario
- Un recibo válido por los servicios pagados, o
- Una copia de un cheque pagado

El reembolso se pagará a la familia por medio de un cheque dentro de los 30 días de recibida la documentación de los incisos anteriores.

**SECCIÓN III: SERVICIOS SOLICITADOS**

Marque las casillas para indicar qué servicios está solicitando para beneficiar al menor que está adoptando y para indicar que comprende los requisitos para dichos servicios. Firme y coloque la fecha en el formulario.

## SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE LA ADOPCIÓN Y/O EL REEMBOLSO DE LOS COSTOS DE FINALIZACIÓN DE LA ADOPCIÓN

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nosotros (Yo) hemos(he) leído y comprendido los Procedimientos de Solicitud para el Programa de Apoyo a la Adopción y para el reembolso de los costos de finalización de la adopción.

SECCIÓN I - SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE APOYO A LA ADOPCIÓN			
NOMBRE DE NACIMIENTO DEL MENOR QUE ESTÁ ADOPTANDO (Apellido, Nombre y Segundo Nombre)		NOMBRE QUE SE ANTICIPA LUEGO DE LA ADOPCIÓN (Apellido, Nombre y Segundo Nombre)	
		FECHA DE NACIMIENTO	
POSIBLE(S) PADRE(S) ADOPTIVO(S)			
NOMBRE(S) (APELLIDO, PRIMER NOMBRE Y SEGUNDO NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO	RAZA	OCUPACIÓN ACTUAL
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO      CÓDIGO POSTAL
NÚMERO DE TELÉFONO RESIDENCIAL		NÚMEROS DE TELÉFONO DE OTROS CONTACTOS	

SECCIÓN II - SOLICITUD PARA LOS COSTOS DE FINALIZACIÓN DE LA ADOPCIÓN			
¿Es usted elegible para el reembolso de los gastos de adopción por parte de su empleador o cualquier otra fuente?			
<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> De ser sí, de quién:		Monto disponible \$	
A. COSTOS LEGALES	OFFICE USE ONLY APPROVED	C. COSTOS MÉDICOS	OFFICE USE ONLY APPROVED
Honorarios del abogado	\$	Exámenes físicos de la familia	\$
Honorarios del tribunal/ presentación judicial	\$	Exámenes físicos del hijo adoptivo	\$
Costo para las copias	\$	Otro	\$
Certificado de nacimiento	\$		
Otro	\$		
B. COSTOS DE TRANSPORTE PARA COMPLETAR EL PROCESO DE COLOCACIÓN			
Comidas	\$	D. COSTOS DE LA AGENCIA DE ADOPCIÓN	\$
Alojamiento	\$	E. MONTO TOTAL (Sume A, B, C y D)	\$
Viajes:      millas a	\$		

SECCIÓN III - SERVICIOS SOLICITADOS			
<p>Nosotros (Yo) solicitamos (solicito) los siguientes servicios en beneficio de nuestro (mi) hijo a ser adoptado: (Marque las casillas de los servicios y coloque sus iniciales mediante las cuales indica que comprende los requisitos del servicio).</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Un subsidio mensual</b> para ayudar con algunos de los gastos relacionados directamente con las necesidades identificadas del menor.</p> <p>____ / ____ Nosotros (Yo) comprendemos (comprendo) que el monto del subsidio será negociado entre nosotros/yo y el gerente del programa de apoyo a la adopción.</p> <p><b>Cada cinco años se llevará a cabo una revisión del acuerdo de Apoyo a la Adopción y se debe presentar una copia de la declaración anual de impuestos federales (IRS 1040), en caso de ser solicitada, mientras se reciba el pago o los servicios.</b></p>		<p><input type="checkbox"/> <b>Costos de finalización de la adopción</b></p> <p>____ / ____ Nosotros (Yo) comprendemos (comprendo) que para recibir el reembolso debo presentar una copia de mi/nuestra sentencia de adopción, como así también, los recibos y/o comprobantes de pago relacionados con la adopción.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Consejería</b></p> <p>____ / ____ Nosotros (Yo) comprendemos (comprendo) que la consejería y los servicios de evaluación son limitados y deben solicitarse y aprobarse antes de que comience el servicio. Si mi/nuestro hijo tiene cobertura mediante un seguro privado, primero debe facturarse a dicho seguro.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Cobertura médica (Medicaid Título XIX)</b></p> <p>____ / ____ Nosotros (Yo) comprendemos (comprendo) que si mi/nuestro hijo tiene cobertura a través de un seguro privado, primero debe facturarse a dicho seguro.</p>	
FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA