CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCIONES

DISTRIBUTION:

Original : County Welfare Department
Copy : Agency File

NOMBRE DE NIÑO ADOPTADO	
FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	
NO. DEL CASO DE ADOPCIÓN DEL ESTADO ADA	NO. DEL CASO DE ADOPCIÓN DE LA AGENCIA/OFICINA
NO. DEL CASO DE AAP (PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCIONES)	

Barreras para la adopción: *(Al menos una declaración tiene que ser verdadera.)*

La colocación de adopción sin asistencia financiera es improvable debido a:

- ☐ La relación de ser parte de un grupo de hermanos que debe permanecer intacta.
- ☐ La raza, etnia, color o idioma. Especifique: _____
- ☐ La edad de 3 años o más (Fecha en que el niño cumplió 3 años de edad: ____/____/____)
- ☐ Los antecedentes de los padres, de naturaleza médica o de conducta, se pueden determinar que afectan de una manera adversa el desarrollo del niño.
  Especifique: _____
- ☐ La discapacidad mental, física, emocional o médica del niño ha sido certificada por un profesional con licencia y competente para hacer una evaluación y operar dentro del curso y campo definido de su profesión. Una copia de esta certificación se encuentra en el expediente del caso de AAP en la agencia/oficina de adopciones.

  Discapacidad: _____

  Profesional que certifica la discapacidad y fecha de la certificación: _____

En busca de una adopción sin subsidio: *(Una declaración tiene que ser verdadera.)*

- ☐ La necesidad de subsidio para adopción se comprueba por una búsqueda sin éxito para un hogar que adopte al niño sin proporcionar asistencia financiera.

  Los esfuerzos que se hicieron en esta búsqueda incluyen: _____

  _____

  _____

- ☐ El requisito para una búsqueda se canceló ya que lo mejor para el niño es permanecer en este hogar debido a la existencia de lazos emocionales significativos con los posibles padres adoptivos durante el cuidado de crianza temporal con estas personas.

  Fecha en que el niño empezó a vivir con la familia: _____

Edad: *(Una declaración tiene que ser verdadera.)*

- ☐ El niño tiene menos de 18 años de edad. Fecha en que cumplirá 18 años: _____ o
- ☐ El niño tiene menos de 21 años de edad y tiene un impedimento mental o físico que justifica la continuación de asistencia.

  Fecha en que el niño cumplirá 21 años de edad: _____

Supervisión de la oficina/agencia: *(Ambas declaraciones tienen que ser verdaderas.)*

- ☐ El niño es el tema de una adopción a través de una oficina/agencia como se define en la Sección 8506 del Código sobre Familias, y
- ☐ En el momento de la colocación para adopción, el niño: (Una declaración tiene que ser verdadera.)
  - ☐ estaba bajo supervisión de un departamento de bienestar público del condado bajo tutela legal o dependiente del tribunal de menores;

☐ fue entregado para adopción a una oficina/agencia de adopciones pública o privada con licencia de California, o al departamento, y de otra manera hubiera estado en riesgo de dependencia como fue certificado por una oficina pública para el bienestar de niños;

Condado que proporciona la certificación:_____ Fecha de la certificación:_____ o

☐ fue consignado al Departamento de Servicios Sociales de California de acuerdo a la Sección 8805 ó 8918 del Código sobre Familias.

Responsabilidad de la familia: *(Todas las declaraciones tienen que ser verdaderas.)*

☐ La familia adoptiva es responsable del niño de acuerdo a los términos del convenio de colocación para adopción o del decreto final de adopción.

Fecha en que se firmó el convenio de colocación para adopción:_____

☐ El niño está recibiendo apoyo del padre/madre adoptivo.

☐ El Departamento de Servicios Sociales de California o la oficina de adopciones con licencia del condado responsable por la determinación de elegibilidad del niño para el Programa de Asistencia para Adopciones y por proporcionar asistencia financiera, y el posible padre/madre adoptivo, antes de o en el momento en que la corte emitió el decreto de adopción, ha firmado un convenio de asistencia para adopción el cual estipula la necesidad, al igual que la cantidad, para beneficios del Programa de Asistencia para Adopciones.

Fecha en que se firmó el convenio de asistencia para adopción:_____

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD FEDERAL: *(Cada declaración puede ser o no ser verdadera.)*

Estamos proporcionando la siguiente información acerca del niño mencionado anteriormente con el propósito de determinar la elegibilidad federal para pagos del Programa de Asistencia para Adopciones. En nuestros expedientes del caso se encuentra verificación de la siguiente información:

☐ 1. El niño cumple con los requisitos de elegibilidad para los beneficios del [Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)

☐ 2. El niño cumple con uno de los siguientes requisitos de elegibilidad para Asistencia para Familias con Niños Necesitados-Cuidado de Crianza Temporal (AFDC-FC) (Título IV-E cuidado de crianza temporal).

☐ a. En el mes de la petición que ocasionó que la corte emitiera la orden que se removiera al niño de su padre/madre (o padres) o pariente, el niño cumplió con la determinación de conexión para el AFDC-FC; y

La orden de la corte continúa en vigor o se ha cancelado debido a que se entregó al niño para adopción o se liberó del control de uno o más de los padres, o

☐ b. El niño fue colocado voluntariamente y estaba recibiendo AFDC-FC federal.

☐ 3. El niño cumple con los requisitos de elegibilidad para Asistencia para Familias con Niños Necesitados - Grupo Familiar (AFDC-FG) o Asistencia para Familias con Niños Necesitados - Padre/Madre Desempleado (AFDC-U) y se ha colocado para adopción con un pariente encargado del cuidado continuo del niño con quien dicho niño ha estado viviendo.

Hemos revisado la situación del niño en relación a ingresos y propiedades y hemos determinado que en el momento en que se presentará la petición para adopción, el niño

☐ no tendrá ingresos disponibles ni será dueño de bienes.

☐ será dueño de bienes y/o tendrá ingresos disponibles como se indica a continuación.

INGRESOS MENSUALES DISPONIBLES		BIENES QUE LE PERTENECEN	
FUENTE	CANTIDAD	TIPO DE BIENES	CANTIDAD/VALOR
		BIENES PERSONALES DINERO EN EFECTIVO Y VALORES, TÍTULOS	
		OTROS BIENES PERSONALES (ESPECIFIQUE) a.	
		b.	
		BIENES RAICES (*ESPECIFIQUE*)	

Certifico que este caso es elegible para el Programa de Asistencia para Adopciones

FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO DE LA OFICINA PÚBLICA DE ADOPCIONES	FECHA
▶	

NOMBRE DE LA OFICINA DE ADOPCIONES

DIRECCIÓN DE LA OFICINA DE ADOPCIONES	NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA DE ADOPCIONES

FIRMA DEL OFICIAL AUTORIZADO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO DEL CONDADO	NOMBRE DEL CONDADO	FECHA
▶		

COUNTY ELIGIBILITY WORKER USE ONLY (SOLAMENTE PARA EL USO DEL CONDADO)

☐ Eligible for FFP. Item No. 1 checked.

☐ Eligible for FFP. Items No. 2, 2a and 2b checked and child meets income and property requirements.

☐ Eligible for FFP. Item No. 3 checked and child meets income and property requirements.

☐ Not eligible for FFP.