

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-174

DATE

10/24/2003

TO:
County Welfare Director
Supply Clerk / Forms Coordinator

FROM:
Forms Management Unit
(916) 657-1907

Community Care Licensing District Offices
 Private and Public Adoption Agencies

District Attorney
 Other

Listed below is information regarding a form change. Only applicable information is shown.

This notice updates your Department of Social Services County Forms Catalog.

FORM NUMBER AND TITLE AD 521 English & Spanish (9/03) - Application for Adoption of a Child

ORDER UNIT MASTER ONLY	<input checked="" type="checkbox"/> Free <input type="checkbox"/> Sold	ESTIMATED PRICE	INITIAL SUPPLY SENT <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> New <input checked="" type="checkbox"/> Revised	DATE OF FORM 9/03	REPLACES AD 521 Part I & Part II	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input checked="" type="checkbox"/> Recommended Form	
UNLESS OTHERWISE SPECIFIED STOCK MAINTAINED AT: Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788		<input type="checkbox"/> Other:	

FORMS DISPOSITION AND SPECIAL INSTRUCTIONS

DISPOSITION OF OLD SUPPLY

Use until exhausted Destroy

USE NEW FORM

When supply available in DSS Warehouse Use new form effective 9/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

AD 521 Replaces AD 521 Part I and AD 521 Part II.

Form is now a Master Only. Unit of issue changed to Each.

Check on the internet to see if forms are available at www.dss.cahwnet.gov

For camera-ready copies of English and Spanish forms, please call the Forms Management Unit (FMU) at (916) 657-1907, or by electronic mail at: fmudss@dss.ca.gov. Contact Language Services for other languages at (916) 445-6778 or by electronic mail at LTS@dss.ca.gov.

APPLICATION FOR ADOPTION OF A CHILD

I. IDENTIFYING INFORMATION

APPLICANT 1

LAST NAME		FIRST NAME	MIDDLE NAME	DATE OF BIRTH	GENDER	SOCIAL SECURITY NUMBER
DRIVER LICENSE NO.	ETHNICITY	HISPANIC OR LATINO ORIGIN: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UNKNOWN		LEVEL OF EDUCATION	MARITAL STATUS: <input type="checkbox"/> DIVORCED <input type="checkbox"/> LEGALLY SEPARATED <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> NEVER MARRIED <input type="checkbox"/> WIDOWED	
OCCUPATION	EMPLOYER'S ADDRESS			PRIMARY INCOME: <input type="checkbox"/> EARNINGS <input type="checkbox"/> MILITARY <input type="checkbox"/> PUBLIC ASSISTANCE <input type="checkbox"/> SOCIAL SECURITY <input type="checkbox"/> SUPPORT PAYMENTS <input type="checkbox"/> MULTIPLE SOURCES <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> OTHER INCOME		
WORK TELEPHONE ()	CELL TELEPHONE NUMBER ()		ANNUAL INCOME \$			

Please list your job experiences for the past ten years. Start with your most recent employment.

PERIOD OF EMPLOYMENT	JOB TITLE	REASON FOR LEAVING
FROM TO		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		

APPLICANT 2

LAST NAME		FIRST NAME	MIDDLE NAME	DATE OF BIRTH	GENDER	SOCIAL SECURITY NUMBER
DRIVER LICENSE NO.	ETHNICITY	HISPANIC OR LATINO ORIGIN: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UNKNOWN		LEVEL OF EDUCATION	MARITAL STATUS: <input type="checkbox"/> DIVORCED <input type="checkbox"/> LEGALLY SEPARATED <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> NEVER MARRIED <input type="checkbox"/> WIDOWED	
OCCUPATION	EMPLOYER'S ADDRESS			PRIMARY INCOME: <input type="checkbox"/> EARNINGS <input type="checkbox"/> MILITARY <input type="checkbox"/> PUBLIC ASSISTANCE <input type="checkbox"/> SOCIAL SECURITY <input type="checkbox"/> SUPPORT PAYMENTS <input type="checkbox"/> MULTIPLE SOURCES <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> OTHER INCOME		
WORK TELEPHONE ()	CELL TELEPHONE NUMBER ()		ANNUAL INCOME \$			

Please list your job experiences for the past ten years. Start with your most recent employment.

PERIOD OF EMPLOYMENT	JOB TITLE	REASON FOR LEAVING
FROM TO		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		

SINGLE/BOTH APPLICANT(S)

HOME ADDRESS		CITY	COUNTY	ZIP CODE	HOME TELEPHONE NUMBER ()
MAILING ADDRESS		CITY	COUNTY	ZIP CODE	
DATE OF CURRENT MARRIAGE	PLACE OF MARRIAGE (CITY AND STATE)			COUNTY	
Former Marriages	Names of Former Spouses	Marriage Date & Place	Divorce Date & Place	Death Date & Place	
Applicant 1					
Applicant 2					

II. CRIMINAL HISTORY

- A. Have you ever been arrested for an offense other than a minor traffic infraction?
Applicant 1 YES NO **Applicant 2** YES NO
- B. Have you ever been reported to Children’s Protective Services or Law Enforcement for alleged child abuse, neglect or abandonment?
Applicant 1 YES NO **Applicant 2** YES NO

III. PARENT/CHILD RELATIONSHIPS

MINOR CHILDREN OF APPLICANT(S)

Full Name	Date of Birth	Gender	Relationship <i>(Indicate if adopted)</i>	Lives in Home	Do you financially support the child?	Address

ADULT CHILDREN OF APPLICANT(S)

Full Name	Date of Birth	Gender	Relationship <i>(Indicate if adopted)</i>	Lives in Home	Do you financially support the child?	Address

IV. OTHER PERSON’S IN THE HOME

Full Name	Date of Birth	Relationship to Applicants

V. REFERENCES

Please list the names and address of four individuals, at least two must be unrelated to you, who have knowledge of your home environment, lifestyle and capability to be an adoptive parent.

Name	Telephone No.	Mailing Address

VI. CHILD DESIRED

A. Please describe the characteristics, such as age and gender.

B. Would you accept a sibling group? If so, how many?

YES NO How many? _____

C. If you already have identified a child or children for adoption please provide the following information:

Full Name of Child	Date of Birth	County of Dependency	Name of Child's Worker	Telephone Number	Relationship to Child

D. Is the child or children already placed in your home? YES NO If YES, how long _____

I/We affirm that the information provided on this form is true and correct to the best of my/our knowledge.

In signing this application, I/we understand that the completion of routine forms will be required of my/our references, physician, and employer and that my/our financial and marital status will be verified and a criminal background check will be conducted.

SIGNATURE OF APPLICANT 1	DATE
SIGNATURE OF APPLICANT 2	DATE

SOLICITUD PARA LA ADOPCION DE UN NIÑO(A)

I. INFORMACION DE IDENTIFICACION

SOLICITANTE 1

APELLIDO		NOMBRE		NOMBRE QUE USA EN MEDIO		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NO. DE SEGURO SOCIAL
NO. DE LICENCIA DE MANEJAR	GRUPO ETNICO	¿ORIGEN HISPANO O LATINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE SABE		NIVEL DE EDUCACION		ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) LEGALMENTE <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> NUNCA CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)		
OCUPACION	DIRECCION DEL EMPLEADOR				INGRESOS PRINCIPALES: <input type="checkbox"/> INGRESOS GANADOS <input type="checkbox"/> INGRESOS MILITARES <input type="checkbox"/> ASISTENCIA PUBLICA <input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> PAGOS DE MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> FUENTES MULTIPLES <input type="checkbox"/> SSI* <input type="checkbox"/> OTROS INGRESOS			
NO. DE TELEF. EN EL TRABAJO ()	NO. DEL TELEFONO CELULAR ()		INGRESOS ANUALES \$					

Por favor anote su experiencia laboral para los últimos diez años. Empiece con su empleo más reciente.		
PERIODO DE EMPLEO	TITULO DEL PUESTO	RAZON POR LA CUAL DEJO EL EMPLEO
DE A		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		

SOLICITANTE 2

APELLIDO		NOMBRE		NOMBRE QUE USA EN MEDIO		FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	NO. DE SEGURO SOCIAL
NO. DE LICENCIA DE MANEJAR	GRUPO ETNICO	¿ORIGEN HISPANO O LATINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE SABE		NIVEL DE EDUCACION		ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) LEGALMENTE <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> NUNCA CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A)		
OCUPACION	DIRECCION DEL EMPLEADOR				INGRESOS PRINCIPALES: <input type="checkbox"/> INGRESOS GANADOS <input type="checkbox"/> INGRESOS MILITARES <input type="checkbox"/> ASISTENCIA PUBLICA <input type="checkbox"/> SEGURO SOCIAL <input type="checkbox"/> PAGOS DE MANTENIMIENTO <input type="checkbox"/> FUENTES MULTIPLES <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> OTROS INGRESOS			
NO. DE TELEF. EN EL TRABAJO ()	NO. DEL TELEFONO CELULAR ()		INGRESOS ANUALES \$					

Por favor anote su experiencia laboral para los últimos diez años. Empiece con su empleo más reciente.		
PERIODO DE EMPLEO	TITULO DEL PUESTO	RAZON POR LA CUAL DEJO EL EMPLEO
DE A		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		
/ / / /		

*Ingresos Suplementales de Seguridad

UN SOLO SOLICITANTE/AMBOS SOLICITANTES

DIRECCION DEL HOGAR		CIUDAD	CONDADO	CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO DEL HOGAR ()
DIRECCION PARA EL CORREO		CIUDAD	CONDADO	CODIGO POSTAL	
FECHA DEL MATRIMONIO ACTUAL	LUGAR DEL MATRIMONIO (CIUDAD Y ESTADO)			CONDADO	
Matrimonios previos	Nombre de los cónyuges previos	Matrimonio Fecha & lugar	Divorcio Fecha & lugar	Fallecimiento Fecha & lugar	
Solicitante 1					
Solicitante 2					

II. ANTECEDENTES PENALES

A. ¿Ha sido arrestado(a) alguna vez por una ofensa que no sea una infracción menor de las reglas de tráfico?

Solicitante 1 SI NO **Solicitante 2** SI NO

B. ¿Ha sido reportado(a) alguna vez a una oficina de servicios para la protección de niños o a una oficina encargada del orden público por una alegación de abuso, descuido, o abandono de un niño?

Solicitante 1 SI NO **Solicitante 2** SI NO

III. PARENTESCO ENTRE PADRES/MADRES/HIJOS

HIJOS MENORES DE EDAD DEL SOLICITANTE(S)

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco (indique si fue adoptado)	Vive en el hogar	¿Lo mantiene usted económicamente?	Dirección

HIJOS ADULTOS DEL SOLICITANTE(S)

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco (indique si fue adoptado)	Vive en el hogar	¿Lo mantiene usted económicamente?	Dirección

IV. OTRAS PERSONAS EN EL HOGAR

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Parentesco/relación con los solicitantes

V. REFERENCIAS

Por favor anote el nombre y la dirección de cuatro personas, por lo menos dos de las cuales no pueden tener ningún parentesco con usted, que tienen conocimiento del ambiente en el hogar de usted y que conocen su estilo de vida y su capacidad para ser un padre/madre adoptivo.

Nombre	No. de telefono	Dirección para el correo

VI. EL NIÑO QUE USTED DESEA

A. Por favor describa las características, tales como la edad y sexo:

B. ¿Aceptaría usted a un grupo de hermanos? Si contesta que sí, ¿a cuántos de los hermanos?

SI NO ¿Cuántos? _____

C. Si usted ya ha identificado a un niño(s) que quiere adoptar, por favor dé la siguiente información:

Nombre completo del niño	Fecha de nacimiento	Condado en el cual el niño está bajo la tutela de la corte	Nombre del trabajador del niño	Número de teléfono	Parentesco/relación con el niño

D. ¿Está ya colocado el niño(s) en el hogar de usted? SI NO Si contesta "SI", ¿desde cuándo? _____

Afirmo (afirmamos) que la información que se proporciona en este formulario es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.

Al firmar esta solicitud, entiendo (entendemos) que se requerirá que mis referencias, médico, y empleador completen los formularios rutinarios, que se verificará mi estado civil y económico, y que se llevará a cabo una revisión de mis antecedentes penales.

FIRMA DEL SOLICITANTE 1

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE 2

FECHA