

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 03-198

DATE

11/25/2003

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 907 English & Spanish (8/03) - Adoptive Placement Agreement

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 8/03	REPLACES	<input type="checkbox"/> Obsolete
REQUIRED FORM- <input checked="" type="checkbox"/> No Change Permitted	REQUIRED FORM- <input type="checkbox"/> Substitute Permitted With Prior DSS Approval	<input 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 8/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

FORM IS NOW A MASTER ONLY

Attached is a Reproducible Copy

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.

ADOPTIVE PLACEMENT AGREEMENT

Child's Name _____

Date of Birth _____

I/We, _____, understand that
Adoptive Parent(s)
 the _____ in accepting me/us as adoptive parent(s) expresses confidence in
Licensed Adoption Agency
 my/our ability to meet the needs of the child placed with me/us on _____.
Date of Adoptive Placement

Having seen the child and been informed of his or her life and health history, I/we accept him or her with the intent of completing a legal adoption. Attached is a Psychosocial and Medical History Form (AD 512), listing all known medical, psychological, developmental, and scholastic information on the child. This information has been reviewed by me/us. I/We understand that the adoption agency will maintain legal custody of the child until the court grants a decree of adoption. I/We understand that a social worker from the adoption agency will meet with me/us and the child regularly until the adoption is finalized.

I/We understand the child is/is not legally freed for adoption. If not, the child's legal status is _____

Until the adoption is final:

I/We agree to place the child under the care of a licensed physician and to follow recommendations for health care for the child, including immunization. I/We must notify the agency of any serious injury to or illnesses of the child and obtain consent from the agency in writing prior to any non-emergency surgery or medical treatment for the child.

I/We agree to inform the agency of changes in my/our family or place of residence. I/We must not take the child out of the State of California without the consent of the agency. I/We agree to inform the agency of extended trips of 30 days or more I/we take outside the county.

If for any reason I/we cannot keep the child or properly care for him/her, I/we shall immediately inform the adoption agency. I/We acknowledge my/our right to terminate the adoptive placement and return the child to the agency at any time before the granting of the decree of adoption. If I/we are dissatisfied with any action of the adoption agency before the adoption is finalized, I/we have the right to request a review of the action(s) of the adoption agency. I/We understand that the agency may remove the child immediately if the child is endangered or upon seven (7) days notice if it is determined that such action will be in the best interest of the child. The child may be removed only by court approval, or a child protective service action, if a petition for adoption has been filed. In such event, I/we do hereby waive and release any and all claims I/we may have against the agency for board, lodging, maintenance, and care for the child, and for any damages resulting therefrom.

I/We understand that I/we are responsible for any attorney fees incurred for completing the adoption.

I/We have been informed of the provisions of the Adoption Assistance Program (AAP) to assist in the placement of children who would otherwise remain in foster care. _____ is/is not potentially eligible for AAP as
Name of Child
 described in Welfare and Institutions Code Section 16120. I/We have been informed that if the child qualifies for AAP and I/we do not need assistance immediately, I/we can sign an Adoption Assistance Agreement that will defer payment until I/we require financial assistance for the specified condition(s) designated in that agreement. I/We understand that adoption assistance payments will begin only after the Adoption Assistance Agreement and Adoptive Placement Agreement have been signed.

In consideration of services rendered to me/us, I/we agree to pay to _____
Name of Licensed Adoption Agency
 an adoption fee of \$ _____ by the time the agency recommends the adoption in its report to the court.

I/We understand that assistance from California Children's Services is limited to children who reside within the State of California and that any benefits to which I/we may be entitled to under that program will terminate if I/we move to another state. However, I/we may be eligible to receive similar benefits in another state if I/we qualify under that state's eligibility requirements.

Date Signed	Adoptive Parent
Date Signed	Adoptive parent
Date Signed	Agency Representative
Name of Licensed Adoption Agency (Cooperative Placement)	Agency Representative

CONVENIO DE COLOCACION PARA ADOPCION

Nombre del niño(a) _____

Fecha de nacimiento _____

Yo (o nosotros), _____, entiendo que la _____, al aceptarme como padre/madre adoptante, expresa su confianza en mi capacidad para satisfacer las necesidades del niño que fue colocado conmigo en _____.

Padre/Madre (o padres) adoptante

Oficina/Agencia de adopciones certificada

Fecha de la colocación para adopción

Habiendo visto al niño, y habiendo sido informado sobre sus antecedentes y su historial de salud, lo acepto con la intención de completar una adopción legal. Se adjunta un formulario llamado "Historial psicosocial y médico del niño(a)" (AD 512) que enumera todos los datos médicos, psicológicos, académicos, y relacionados con el desarrollo del niño que se conocen. He repasado esta información. Entiendo que la oficina/agencia de adopciones mantendrá la patria potestad (custodia) legal del niño hasta que la corte otorgue un decreto de adopción. Entiendo que un trabajador social de la oficina/agencia de adopciones se reunirá conmigo y el niño de una manera regular hasta que se finalice la adopción.

Entiendo que el niño está/no está liberado legalmente para adopción. Si no lo está, la situación legal del niño es _____

Hasta que la adopción sea final:

Convengo en colocar al niño bajo el cuidado de un médico certificado y seguir las recomendaciones sobre el cuidado de la salud del niño, incluyendo las inmunizaciones (vacunas). Tengo que notificar a la agencia/oficina sobre cualquier lesión/enfermedad seria del niño y obtener consentimiento de la oficina/agencia por escrito antes de que se lleve a cabo cualquier cirugía o tratamiento médico con respecto al niño que no sea de emergencia.

Convengo en informar a la oficina/agencia sobre cambios que ocurran en mi familia o lugar de residencia. No se me permite llevar al niño fuera del Estado de California sin el consentimiento de la oficina/agencia. Convengo en informar a la oficina/agencia sobre viajes largos de 30 días o más que tome fuera del Condado.

Si por cualquier razón no puedo quedarme con el niño o cuidarlo adecuadamente, informaré de inmediato a la oficina/agencia de adopciones. Reconozco mi derecho de discontinuar los trámites de la colocación para adopción y devolver al niño a la oficina/agencia en cualquier momento antes de que se otorgue el decreto de adopción. Si antes de que se finalice la adopción, no estoy satisfecho con alguna acción de la oficina/agencia de adopciones, tengo el derecho de solicitar una revisión de la acción (o acciones) de dicha oficina/agencia. Entiendo que la oficina/agencia puede quitar al niño inmediatamente si éste está en peligro o con un aviso de siete (7) días si se determina que dicha acción será lo mejor para el bienestar del niño. Solamente se puede quitar al niño con aprobación de la corte o por acción de una oficina de servicios para la protección de niños si se ha presentado una petición de adopción. En tal caso, por medio de la presente, renuncio a cualquier reclamo que yo pueda tener contra la oficina/agencia por concepto de alimentos, alojamiento, mantenimiento, y cuidado del niño y cualquier daño que resulte de ello.

Entiendo que soy responsable de cualquier honorario de abogado que resulte por completar esta adopción.

Se me ha informado de las estipulaciones del Programa de Asistencia para Adopciones (AAP) para ayudar a colocar a niños que de otra manera se quedarían bajo cuidado de crianza temporal. Es posible que _____

Nombre del niño

reúna/no reúna los requisitos del AAP como se describe en la Sección 16120 del Código de Bienestar Público e Instituciones. Se me ha informado de que si el niño reúne los requisitos para AAP y no necesito asistencia inmediatamente, puedo firmar un convenio de asistencia para adopción que postergará los pagos hasta que necesite asistencia económica para las condiciones especificadas en ese convenio. Entiendo que los pagos de asistencia para adopción pueden comenzar solamente después de que se hayan firmado el convenio de asistencia para adopción y el "Convenio de colocación para adopción."

En consideración de los servicios que me han prestado, convengo en pagar a _____ una cuota de adopción de \$_____ a más tardar en la fecha en que la oficina/agencia recomiende la adopción en su reporte a la corte.

Nombre de la oficina/agencia de adopciones certificada

Entiendo que la asistencia de los Servicios de California para Niños está limitada a los niños que residen en el Estado de California y que cualquier beneficio al cual pudiera tener derecho bajo ese programa terminará si me mudo a otro estado. Sin embargo, es posible que reúna los requisitos para recibir beneficios similares en otro estado si soy aprobado conforme a los requisitos de elegibilidad de ese estado.

Fecha en que se firmó	Padre/Madre adoptante
Fecha en que se firmó	Padre/Madre adoptante
Fecha en que se firmó	Representante de la oficina/agencia
Nombre de la oficina/agencia de adopciones certificada (colocación colaborativa)	Representante de la oficina/agencia