

NOTICE OF FORM CHANGE NO. 04-124

DATE

04/14/2004

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 9 (10/03) English & Spanish - Independent Adoption Questionnaire

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 10/03	REPLACES 10/99	<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 10/03

USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.
 Other (specify)

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is now a Master Only

Print 8 1/2 x 11.

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.

STATE CASE NUMBER

INDEPENDENT ADOPTION QUESTIONNAIRE

INFORMATION REQUIRED IN THE MATTER OF THE ADOPTION OF:

CHILD'S NAME
CHILD'S ADOPTED NAME

FIRST PETITIONER'S NAME
SECOND PETITIONER'S NAME

Dear Petitioner(s):

Complete this **Independent Adoption Questionnaire (AD 9)** and **Adoption Questionnaire I (AD 4324)** (to be filled out individually) and **return them within one week.**

Thank You.

(NAME OF CDSS DISTRICT OFFICE OR DELEGATED COUNTY ADOPTION AGENCY)

(Please fill out as completely as possible, writing "NA" or "Unknown" where appropriate)

I. FIRST PETITIONER'S INFORMATION

LAST NAME		FIRST NAME		MIDDLE NAME		GENDER			
BIRTHDATE		PLACE OF BIRTH		ETHNICITY		RACE		RELIGION	
SOCIAL SECURITY NUMBER		DRIVER LICENSE NUMBER		EDUCATION (HIGHEST GRADE COMPLETED)		OCCUPATION		MONTHLY SALARY \$	
NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER		LENGTH OF EMPLOYMENT		WORK HOURS		WORK TELEPHONE NUMBER ()			
		ARE YOU A UNITED STATES CITIZEN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DATE OF ARRIVAL IN U.S.		DATE OF ARRIVAL IN CALIFORNIA			
IF NATURALIZED DATE: PLACE: NUMBER:		ARE YOU A PERMANENT RESIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		ALIEN REGISTRATION NUMBER A-					
MILITARY SERVICE: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DATE OF SERVICE:		DATE OF DISCHARGE: <input type="checkbox"/> HONORABLE <input type="checkbox"/> DISHONORABLE					

A. CRIMINAL HISTORY

- 1) Have you ever been arrested for an offense other than a traffic infraction? YES NO
If YES, please explain the charges and any convictions:

- 2) Are you currently on probation or parole? YES NO
If YES, please explain the circumstance:

- 3) Have you ever been investigated for allegations of child neglect or abuse? YES NO
If YES, please explain the circumstances:

- 4) Have you ever been reported for allegations of domestic violence? YES NO
If YES, please explain the circumstances and outcome:

B. FORMER MARRIAGE(S)

FULL NAME OF FORMER SPOUSE (Give maiden name and current address)	WHERE (License Issued in County/State)	MARRIAGE (Date & Place)	DIVORCE (Date & Place)	DEATH (Date & Place)

C. CHILD(REN) BORN PRIOR TO CURRENT MARRIAGE

FULL NAME OF CHILD	DATE OF BIRTH	EDUCATION (Name & Address of School & Grade)	HEALTH CONDITIONS	IF ADOPTED (Place, Date, Agency)

1) Have any of your children ever been arrested for an offense other than a traffic infraction? YES NO
If YES, please explain the charges and any convictions:

2) Are any of your children currently on probation or parole? YES NO
If YES, please explain the circumstance:

3) Have any of your adult children ever been investigated for allegations of child neglect or abuse? YES NO
If YES, please explain the circumstances:

4) Have any of your adult children ever been reported for allegations of domestic violence? YES NO
If YES, please explain the circumstances and outcome:

D. FAMILY HISTORY

RELATIVES' NAMES	ADDRESS	EDUCATION (Highest Grade Completed)	OCCUPATION	AGE	HEALTH CONDITIONS	DATE OF DEATH (If Deceased)
FATHER						
MOTHER						
SIBLING						
SIBLING						
SIBLING						

II. SECOND PETITIONER'S INFORMATION

LAST NAME		FIRST NAME		MIDDLE NAME		GENDER	
BIRTHDATE		PLACE OF BIRTH		ETHNICITY		RACE	
SOCIAL SECURITY NUMBER		DRIVER LICENSE NUMBER		EDUCATION (HIGHEST GRADE COMPLETED)		OCCUPATION	
NAME AND ADDRESS OF EMPLOYER		LENGTH OF EMPLOYMENT		WORK HOURS		MONTHLY SALARY \$	
		ARE YOU A UNITED STATES CITIZEN? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DATE OF ARRIVAL IN U.S.		WORK TELEPHONE NUMBER ()	
IF NATURALIZED DATE: PLACE: NUMBER:		ARE YOU A PERMANENT RESIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		ALIEN REGISTRATION NUMBER			
MILITARY SERVICE: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		DATE OF SERVICE:		DATE OF DISCHARGE: <input type="checkbox"/> HONORABLE <input type="checkbox"/> DISHONORABLE			

A. CRIMINAL HISTORY

- 1) Have you ever been arrested for an offense other than a traffic infraction? YES NO
If YES, please explain the charges and any convictions:

- 2) Are you currently on probation or parole? YES NO
If YES, please explain the circumstance:

- 3) Have you ever been investigated for allegations of child neglect or abuse? YES NO
If YES, please explain the circumstances:

- 4) Have you ever been reported for allegations of domestic violence? YES NO
If YES, please explain the circumstances and outcome:

B. FORMER MARRIAGE(S)

FULL NAME OF FORMER SPOUSE (Give maiden name and current address)	WHERE (License Issued in County/State)	MARRIAGE (Date & Place)	DIVORCE (Date & Place)	DEATH (Date & Place)

C. CHILD(REN) BORN PRIOR TO CURRENT MARRIAGE

FULL NAME OF CHILD	DATE OF BIRTH	EDUCATION (Name & Address of School & Grade)	HEALTH CONDITIONS	IF ADOPTED (Place, Date, Agency)

1) Have any of your children ever been arrested for an offense other than a traffic infraction? YES NO
If YES, please explain the charges and any convictions:

2) Are any of your children currently on probation or parole? YES NO
If YES, please explain the circumstance:

3) Have any of your adult children ever been investigated for allegations of child neglect or abuse? YES NO
If YES, please explain the circumstances:

4) Have any of your adult children ever been reported for allegations of domestic violence? YES NO
If YES, please explain the circumstances and outcome:

D. FAMILY HISTORY

RELATIVES' NAMES	ADDRESS	EDUCATION (Highest Grade Completed)	OCCUPATION	AGE	HEALTH CONDITIONS	DATE OF DEATH (If Deceased)
FATHER						
MOTHER						
SIBLING						
SIBLING						
SIBLING						

III. HOUSEHOLD INFORMATION

MAILING ADDRESS	CITY, STATE, ZIP	HOW LONG AT PRESENT ADDRESS
I. CELLULAR PHONE NUMBER ()	II. CELLULAR PHONE NUMBER ()	HOME TELEPHONE NUMBER ()
If you are a married couple: DATE OF MARRIAGE: PLACE OF MARRIAGE: (CITY, COUNTY AND STATE)		If you are an unmarried couple: LENGTH OF DOMESTIC PARTNERSHIP/RELATIONSHIP: HAVE YOU FILED A REGISTRATION OF DOMESTIC PARTNERSHIP WITH THE SECRETARY OF STATE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, DATE OF FILING:

DESCRIBE YOUR HOME (INCLUDE NUMBER OF BEDROOMS & BATHROOMS):

DIRECTIONS TO YOUR HOME:

HAVE YOU EVER HAD ANY PREVIOUS ADOPTIVE PLACEMENT(S)? YES NO IF YES, PLEASE DESCRIBE:

HAVE YOU EVER APPLIED WITH ANOTHER AGENCY? YES NO

IF YES, WHEN AND NAME OF AGENCY:

A. CHILD(REN) OF PETITIONER(S)

FULL NAME OF CHILD	DATE OF BIRTH	EDUCATION (Name & Address of School & Grade)	HEALTH CONDITIONS	IF ADOPTED (Place, Date, Agency)

1) Have any of your children ever been arrested for an offense other than a traffic infraction? YES NO
 If YES, please explain the charges and any convictions:

2) Are any of your children currently on probation or parole? YES NO
 If YES, please explain the circumstance:

3) Have any of your adult children ever been investigated for allegations of child neglect or abuse? YES NO
 If YES, please explain the circumstances:

4) Have any of your adult children ever been reported for allegations of domestic violence? YES NO
 If YES, please explain the circumstances and outcome:

B. OTHER MEMBERS OF THE HOUSEHOLD

FULL NAME	GENDER	DATE OF BIRTH	RELATIONSHIP TO FAMILY	OCCUPATION

1) Have any of these members of the household ever been arrested for an offense other than a traffic infraction? YES NO
 If YES, please explain the charges and any convictions:

2) Are any of these members of the household currently on probation or parole? YES NO
 If YES, please explain the circumstance:

3) Have any of these members of the household ever been investigated for allegations of child neglect or abuse? YES NO
 If YES, please explain the circumstances:

4) Have any of these members of the household ever been reported for allegations of domestic violence? YES NO
 If YES, please explain the circumstances and outcome:

IV. BIRTHPARENT INFORMATION

BIRTHMOTHER		BIRTHFATHER	
NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)		NAME (LAST, FIRST, MIDDLE)	
MAIDEN NAME OR ALIASES		ALIASES	
ETHNICITY, RACE	BIRTHDATE	ETHNICITY, RACE	BIRTHDATE
ADDRESS		ADDRESS	
TELEPHONE NUMBER ()		TELEPHONE NUMBER ()	

A. PLACEMENT DETAILS

DESCRIBE FULLY HOW YOU FIRST LEARNED OF THE CHILD, IF AND WHEN YOU MET THE BIRTHPARENTS, AND HOW YOU SECURED THIS CHILD FOR ADOPTION. INCLUDE SPECIFIC INFORMATION PERTAINING TO THE TRANSFER OF CUSTODY AND THE NAME OF ANY INTERMEDIARY INVOLVED.

B. EXPENSES RELATED TO ADOPTION

HOSPITAL	ADOPTION SERVICE PROVIDER	PHYSICIAN	ATTORNEY	BIRTHPARENT	OTHER

C. CONCERNING CHILD(REN) TO BE ADOPTED

CHILD #1				CHILD #2			
NAME OF CHILD				NAME OF CHILD			
BIRTHDATE	PLACE OF BIRTH	GENDER	DATE PLACED IN HOME	BIRTHDATE	PLACE OF BIRTH	GENDER	DATE PLACED IN HOME
NAME OF HOSPITAL				NAME OF HOSPITAL			
ADDRESS OF HOSPITAL				ADDRESS OF HOSPITAL			
ATTENDING PHYSICIAN				ATTENDING PHYSICIAN			
HEIGHT	WEIGHT	EYE COLOR	HAIR COLOR	HEIGHT	WEIGHT	EYE COLOR	HAIR COLOR
HAS THE CHILD EVER BEEN KNOWN BY ANOTHER NAME? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				HAS THE CHILD EVER BEEN KNOWN BY ANOTHER NAME? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
CURRENT AGE		CURRENT WEIGHT		CURRENT AGE		CURRENT WEIGHT	
DO YOU BELIEVE THE CHILD WAS EXPOSED TO ALCOHOL OR DRUGS IN UTERO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				DO YOU BELIEVE THE CHILD WAS EXPOSED TO ALCOHOL OR DRUGS IN UTERO? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
DO YOU BELIEVE OR SUSPECT THE CHILD WAS SUBJECTED TO PHYSICAL, SEXUAL OR EMOTIONAL ABUSE OR NEGLECT PRIOR TO PLACEMENT IN YOUR HOME? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				DO YOU BELIEVE OR SUSPECT THE CHILD WAS SUBJECTED TO PHYSICAL, SEXUAL OR EMOTIONAL ABUSE OR NEGLECT PRIOR TO PLACEMENT IN YOUR HOME? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS:				IF YES, PLEASE PROVIDE DETAILS:			

BRIEFLY DESCRIBE THE ADJUSTMENT OF YOUR CHILD(REN) TO YOUR HOME:

DESCRIBE CURRENT AND FUTURE PLANNED CHILD CARE ARRANGEMENTS:

DESCRIBE, IF ANY, RELIGIOUS TRAINING PLANS OF THE CHILD(REN):

D. SCHOOL INFORMATION (COMPLETE THIS SECTION IF CHILD(REN) ATTENDS SCHOOL)

NAME OF SCHOOL		NAME OF SCHOOL	
SCHOOL ADDRESS		SCHOOL ADDRESS	
SCHOOL PHONE ()	GRADE LEVEL	SCHOOL PHONE ()	GRADE LEVEL
REGISTERED NAME	TEACHER'S NAME	REGISTERED NAME	TEACHER'S NAME

V. FINANCIAL INFORMATION

MONTHLY INCOME

GROSS WAGES

First Petitioner \$ _____
 Second Petitioner \$ _____

NET WAGES

First Petitioner \$ _____
 Second Petitioner \$ _____

OTHER INCOME (interest, property, dividends, etc.) \$ _____

TOTAL GROSS INCOME \$ _____

MONTHLY EXPENSES

Housing (include taxes, insurance, & utilities) \$ _____
 Insurance \$ _____
 Food/Clothing \$ _____
 Legal Obligations (child support, alimony, etc.) \$ _____
 Extraordinary Expenses \$ _____

MONTHLY CONSUMER DEBT PAYMENTS

ITEM	TERMINATION DATE	BALANCE DUE	MONTHLY PAYMENT
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
TOTAL		\$	\$

If you own your home, please indicate the following:

Purchase Price \$ _____ Balance Due \$ _____

FINANCIAL ASSETS

Savings \$ _____ Investments \$ _____
 Stocks, Bonds \$ _____ Real Property \$ _____
 Other Resources \$ _____

If you are self-employed or an employer cannot verify your income for some other reason, please attach a copy of your last year's federal income tax return.

I/We filed both state and federal income tax returns last year.

YES NO If NO, state reason: _____

I/We have had the occasion to file for bankruptcy.

YES NO If YES, state reason: _____

PLEASE USE THIS SPACE TO NOTE ANY ADDITIONAL FINANCIAL INFORMATION THAT YOU BELIEVE THE DEPARTMENT SHOULD BE AWARE OF:

VI. INSURANCE

Does your family have health and hospitalization insurance that covers all family members? YES NO

If YES, indicate the name of insurance carrier and address: _____

Name and address of family physician: _____

Name and address of pediatrician: _____

What provisions for medical care will be provided for the child(ren)? _____

Check the types of insurance coverage your family has and briefly describe each coverage.

Life Insurance: _____

Disability Insurance: _____

Automobile Insurance: _____

Renters/Home Owners Insurance: _____

Other Policies: _____

NOTE: California law (Section 1373(c) of the Health and Safety Code, and Sections 10119, 10112, and 11512.1 of the Insurance Code) requires that effective January 1, 1988, all health care service plans provide accident and sickness coverage to each minor child placed for adoption from and after the moment the child is placed in the physical custody of the covered subscriber or enrollee of adoption.

VII. ENVIRONMENTAL SAFETY

The following is a list of safety issues and practices. Please check each issue and/or practice that applies to your home. If a situation does not apply to your home, please mark N/A.

- All medications are locked up or stored in a manner to prevent access by children.
- In our automobile(s), safety belts and approved infant and child seats and restraints are use in accordance with state law.
- Operational smoke detectors are used in bedroom areas and in areas that pose a fire risk.
- A charged general purpose fire extinguisher is on hand for emergency use.
- Cleaning supplies, pesticides and other toxic substances are not kept in food storage areas and are inaccessible to young children.
- All hot surfaces, such as wood stoves or fireplace inserts, have been made inaccessible to children with screening or other protective barriers.
- We have an adequate septic and sewage disposal system.
- Electrical outlets and sockets are covered or equipped with protective devices to prevent electrical shock.
- Electrical wiring is enclosed
- Bunkbeds are not used for children under five.
- The temperature of the hot water heater is maintained between 105 - 120 degrees fahrenheit.
- Our family has and all family members are familiar with a fire evacuation plan.
- Our pets are free of disease and pose no physical or health risk to children.
- A first aid kit is in our home.
- A first aid kit is in our car(s).
- Adults in the home have taken a class in cardio-pulmonary resuscitation.
- All guns and ammunition are locked up and guns are unloaded with the firing pins removed.
- The swimming pool/hot tub/spa has either a five-foot fence constructed so that it does not obscure the pool/hot tub/spa from view around it with a self-latching gate or an approved pool/hot tub/spa cover.
- All stairways have a protective barrier or other device to prevent infants or small children from injuries on stairways.
- Our well has been certified free of impurities by the health department or a licensed water inspection company.

VIII. REFERENCES

Please give names and addresses of four references who are not related. It is suggested that at least one be a business associate other than an employer, and at least two be friends (preferably with children) who have knowledge of your home environment and lifestyle. Your attorney or physician may not be given as a reference.

FULL NAME	OCCUPATION	STREET ADDRESS	CITY, STATE, ZIP	PHONE NUMBER
				()
				()
				()
				()

I/WE AFFIRM THAT THE INFORMATION PROVIDED IN THIS QUESTIONNAIRE IS TRUE AND CORRECT TO THE BEST OF MY/OUR KNOWLEDGE AND UNDERSTAND THAT IT WILL BE SUBJECT TO VERIFICATION BY THE CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES OR A DELEGATED COUNTY ADOPTION AGENCY. I/WE UNDERSTAND THAT THE CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES OR DELEGATED COUNTY ADOPTION AGENCY HAS THE AUTHORITY AND RESPONSIBILITY TO PROVIDE INFORMATION TO THE CONSENTING BIRTHPARENTS IN THIS ADOPTION REGARDING MY/OUR SUITABILITY TO PARENT A CHILD AND THE ADJUSTMENT OF THE CHILD IN MY/OUR HOME. I/WE FURTHER AUTHORIZE THE CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES OR DELEGATED COUNTY ADOPTION AGENCY TO OBTAIN ANY INFORMATION FROM ANY PUBLIC AND/OR PRIVATE AGENCY, IF NECESSARY FOR THIS ADOPTION PROCEEDING.

SIGNATURE OF FIRST PETITIONER	DATE
SIGNATURE OF SECOND PETITIONER	DATE

NUMERO DEL CASO ESTATAL

CUESTIONARIO SOBRE ADOPCION INDEPENDIENTE

INFORMACION QUE SE REQUIERE EN EL ASUNTO DE LA ADOPCION DE:

NOMBRE DEL NIÑO(A)
NOMBRE ADOPTIVO DEL NIÑO(A)

NOMBRE DEL PRIMER PETICIONARIO(A)
NOMBRE DEL SEGUNDO PETICIONARIO(A)

Estimado peticionario(a)(s):

Complete este **CUESTIONARIO SOBRE ADOPCION INDEPENDIENTE (AD 9)** y el **CUESTIONARIO I SOBRE ADOPCION (AD 4324)** (para ser completados individualmente) y **devuélvalos antes de que pase una semana.**

Gracias.

(NOMBRE DE LA OFICINA DISTRITAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA (CDSS) O DE LA OFICINA DE ADOPCIONES DELEGADA DEL CONDADO)

(Por favor, complete este formulario lo mejor que pueda, escribiendo "N/A" [que significa "no es aplicable"] o "no sé" donde sea apropiado.)

I. INFORMACION SOBRE EL PRIMER PETICIONARIO(A)

APELLIDO		NOMBRE		NOMBRE DE EN MEDIO		SEXO
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	GRUPO ETNICO	RAZA	RELIGION		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR	EDUCACION (ULTIMO GRADO COMPLETADO)	OCUPACION	SALARIO MENSUAL \$		
NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR	¿CUANTO TIEMPO EN ESTE EMPLEO?		HORAS DE TRABAJO	NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO ()		
	¿ES USTED CIUDADANO(A) DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE SU LLEGADA A LOS EE. UU.	FECHA DE SU LLEGADA A CALIFORNIA		
SI USTED ESTA NATURALIZADO FECHA: LUGAR: NUMERO:	¿ES USTED RESIDENTE PERMANENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NUMERO DE REGISTRO COMO PERSONA NO CIUDADANA A-			
SERVICIO MILITAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DE SERVICIO:		FECHA DE SEPARACION DEL SERVICIO MILITAR: <input type="checkbox"/> HONORABLE <input type="checkbox"/> DESHONORABLE			

A. ANTECEDENTES PENALES

1) ¿Ha sido usted detenido alguna vez por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique los cargos y cualquier condena:

2) ¿Está usted actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*)? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

3) ¿Ha sido usted investigado alguna vez por alegaciones de abuso o descuido de niños? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

4) ¿Ha sido usted reportado alguna vez por alegaciones de violencia doméstica? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias y el resultado:

B. MATRIMONIOS ANTERIORES

NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO(A) ANTERIOR (nombre de soltera si es pertinente y dirección actual)	CONDADO/ESTADO DONDE SE EXPIDIO LA LICENCIA	MATRIMONIO (fecha y lugar)	DIVORCIO (fecha y lugar)	MUERTE (fecha y lugar)

C. HIJOS NACIDOS ANTES DEL MATRIMONIO ACTUAL

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO	EDUCACION (nombre y dirección de la escuela y grado)	CONDICIONES DE SALUD	SI ES ADOPTADO (lugar, fecha, oficina/agencia)

1) ¿Alguna vez ha sido detenido alguno de sus hijos por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique los cargos y cualquier condena:

2) ¿Alguno de sus hijos está actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*)? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

3) ¿Alguna vez ha sido investigado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de abuso o descuido de niños? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

4) ¿Alguna vez ha sido reportado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de violencia doméstica? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias y el resultado:

D. HISTORIAL FAMILIAR

NOMBRE DEL PARIENTE	DIRECCION	EDUCACION (último grado completado)	OCUPACION	EDAD	CONDICIONES DE SALUD	FECHA DE MUERTE (si ya murió)
PADRE						
MADRE						
HERMANO(A)						
HERMANO(A)						
HERMANO(A)						

II. INFORMACION SOBRE EL SEGUNDO PETICIONARIO(A)

APELLIDO		NOMBRE		NOMBRE DE EN MEDIO		SEXO
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	GRUPO ETNICO	RAZA	RELIGION		
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR	EDUCACION (ULTIMO GRADO COMPLETADO)	OCUPACION	SALARIO MENSUAL \$		
NOMBRE Y DIRECCION DEL EMPLEADOR	¿CUANTO TIEMPO EN ESTE EMPLEO?		HORAS DE TRABAJO		NUMERO DE TELEFONO DEL TRABAJO ()	
	¿ES USTED CIUDADANO(A) DE LOS EE. UU.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DE SU LLEGADA A LOS EE. UU.		FECHA DE SU LLEGADA A CALIFORNIA	
SI USTED ESTA NATURALIZADO FECHA: LUGAR: NUMERO:	¿ES USTED RESIDENTE PERMANENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		NUMERO DE REGISTRO COMO PERSONA NO CIUDADANA A-			
SERVICIO MILITAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	FECHA DEL SERVICIO:		FECHA DE SEPARACION DEL SERVICIO MILITAR: <input type="checkbox"/> HONORABLE <input type="checkbox"/> DESHONORABLE			

A. ANTECEDENTES PENALES

1) ¿Ha sido usted detenido alguna vez por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique los cargos y cualquier condena:

2) ¿Está usted actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*)? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

3) ¿Ha sido usted investigado alguna vez por alegaciones de abuso o descuido de niños? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

4) ¿Ha sido usted reportado alguna vez por alegaciones de violencia doméstica? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias y el resultado:

B. MATRIMONIOS ANTERIORES

NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO(A) ANTERIOR (nombre de soltera si es pertinente y dirección actual)	CONDADO/ESTADO DONDE SE EXPIDIO LA LICENCIA	MATRIMONIO (fecha y lugar)	DIVORCIO (fecha y lugar)	MUERTE (fecha y lugar)

C. HIJOS NACIDOS ANTES DEL MATRIMONIO ACTUAL

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO	EDUCACION (nombre y dirección de la escuela y grado)	CONDICIONES DE SALUD	SI ES ADOPTADO (lugar, fecha, oficina/agencia)

1) ¿Alguna vez ha sido detenido alguno de sus hijos por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique los cargos y cualquier condena:

2) ¿Alguno de sus hijos está actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*)? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

3) ¿Alguna vez ha sido investigado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de abuso o descuido de niños? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

4) ¿Alguna vez ha sido reportado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de violencia doméstica? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias y el resultado:

D. HISTORIAL FAMILIAR

NOMBRE DEL PARIENTE	DIRECCION	EDUCACION (último grado completado)	OCUPACION	EDAD	CONDICIONES DE SALUD	FECHA DE MUERTE (si ya murió)
PADRE						
MADRE						
HERMANO(A)						
HERMANO(A)						
HERMANO(A)						

III. INFORMACION SOBRE EL HOGAR

DIRECCION PARA EL CORREO	CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	¿CUANTO TIEMPO EN ESTA DIRECCION?
I. NUMERO DEL TELEFONO CELULAR ()	II. NUMERO DEL TELEFONO CELULAR ()	NUMERO DE TELEFONO DE LA CASA ()
Si ustedes están casados(as): FECHA DEL MATRIMONIO: LUGAR DEL MATRIMONIO: (CIUDAD, CONDADO, Y ESTADO)		Si ustedes no están casados(as): ¿POR CUANTO TIEMPO HAN TENIDO ESTA RELACION DOMESTICA? ¿HAN REGISTRADO ESTA RELACION DOMESTICA CON EL SECRETARIO DEL ESTADO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO SI CONTESTA "SI", DE LA FECHA DE REGISTRO: _____

DESCRIBA SU HOGAR (INCLUYA EL NUMERO DE RECAMARAS Y BAÑOS):

INSTRUCCIONES PARA LLEGAR A SU HOGAR:

¿HA TENIDO ALGUNA(S) COLOCACION PARA EL PROPOSITO DE ADOPCION ANTERIOR? SI NO SI CONTESTA "SI", POR FAVOR DESCRIBA:

¿ALGUNA VEZ HA PRESENTADO UNA SOLICITUD CON OTRA OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES? SI NO

SI CONTESTA "SI", ¿CUANDO Y CUAL ES EL NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA?

A. HIJOS DE LOS PETICIONARIOS

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO	EDUCACION <small>(nombre y dirección de la escuela y grado)</small>	CONDICIONES DE SALUD	SI ES ADOPTADO <small>(lugar, fecha, oficina/agencia)</small>

1) ¿Alguna vez ha sido detenido alguno de sus hijos por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique los cargos y cualquier condena:

2) ¿Alguno de sus hijos está actualmente bajo libertad condicional (*probation o parole*)? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

3) ¿Alguna vez ha sido investigado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de abuso o descuido de niños? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

4) ¿Alguna vez ha sido reportado alguno de sus hijos adultos por alegaciones de violencia doméstica? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias y el resultado:

B. OTROS MIEMBROS DEL HOGAR

NOMBRE COMPLETO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION/PARENTESCO CON LA FAMILIA	OCUPACION

1) ¿Alguna vez ha sido detenido alguno de estos miembros del hogar por una ofensa que no sea una infracción de las reglas de tráfico? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique los cargos y cualquier condena:

2) ¿Está actualmente bajo libertad condicional (*probation* o *parole*) alguno de estos miembros del hogar? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

3) ¿Alguna vez ha sido investigado alguno de estos miembros del hogar por alegaciones de abuso o descuido de niños? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias:

4) ¿Alguna vez ha sido reportado alguno de estos miembros del hogar por alegaciones de violencia doméstica? SI NO
Si contesta "SI", por favor explique las circunstancias y el resultado:

IV. INFORMACION SOBRE LOS PADRES BIOLÓGICOS

MADRE BIOLÓGICA		PADRE BIOLÓGICO	
NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO)		NOMBRE (APELLIDO, PRIMER NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO)	
NOMBRE DE SOLTERA O NOMBRES SUPUESTOS		NOMBRES SUPUESTOS	
GRUPO ÉTNICO, RAZA	FECHA DE NACIMIENTO	GRUPO ÉTNICO, RAZA	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCION		DIRECCION	
NUMERO DE TELEFONO ()		NUMERO DE TELEFONO ()	

A. DETALLES SOBRE LA COLOCACION

DESCRIBA COMPLETAMENTE COMO USTED PRIMERO SE ENTERO DEL NIÑO(A), SI Y CUANDO CONOCIO A LOS PADRES BIOLÓGICOS, Y COMO CONSIGUIO A ESTE NIÑO PARA ADOPCION. INCLUYA INFORMACION ESPECIFICA PERTENECIENTE A LA TRANSFERENCIA DE LA PATRIA POTESTAD (CUSTODIA) DEL NIÑO, ASI COMO EL NOMBRE DE CUALQUIER INTERMEDIARIO INVOLUCRADO.

B. GASTOS RELACIONADOS CON LA ADOPCION

HOSPITAL	PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ADOPCION	MEDICO	ABOGADO	PADRE/MADRE BIOLOGICO	OTRO

C. INFORMACION SOBRE EL NIÑO(A)(S) POR ADOPTAR

NIÑO #1				NIÑO #2			
NOMBRE DEL NIÑO				NOMBRE DEL NIÑO			
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	FECHA DE LA COLOCACION	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	SEXO	FECHA DE LA COLOCACION
NOMBRE DEL HOSPITAL				NOMBRE DEL HOSPITAL			
DIRECCION DEL HOSPITAL				DIRECCION DEL HOSPITAL			
MEDICO QUE LO ATENDIO				MEDICO QUE LO ATENDIO			
ESTATURA	PESO	COLOR DE LOS OJOS	COLOR DEL PELO	ESTATURA	PESO	COLOR DE LOS OJOS	COLOR DEL PELO
¿ALGUNA VEZ HA SIDO CONOCIDO EL NIÑO POR OTRO NOMBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿ALGUNA VEZ HA SIDO CONOCIDO EL NIÑO POR OTRO NOMBRE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
EDAD ACTUAL		PESO ACTUAL		EDAD ACTUAL		PESO ACTUAL	
¿CREE QUE EL NIÑO FUE EXPUESTO AL ALCOHOL O A LAS DROGAS DURANTE EL EMBARAZO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿CREE QUE EL NIÑO FUE EXPUESTO AL ALCOHOL O A LAS DROGAS DURANTE EL EMBARAZO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿CREE O SOSPECHA QUE EL NIÑO FUE SUJETO A ABUSO FISICO, SEXUAL, O EMOCIONAL O A DESCUIDO ANTES DE SER COLOCADO EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿CREE O SOSPECHA QUE EL NIÑO FUE SUJETO A ABUSO FISICO, SEXUAL, O EMOCIONAL O A DESCUIDO ANTES DE SER COLOCADO EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
SI CONTESTA "SI", POR FAVOR PROPORCIONE DETALLES:				SI CONTESTA "SI", POR FAVOR PROPORCIONE DETALLES:			

DESCRIBA BREVEMENTE COMO SE ESTA AJUSTANDO EL NIÑO(S) A SU HOGAR:

DESCRIBA LOS ARREGLOS ACTUALES PARA EL CUIDADO DE NIÑOS Y LOS ARREGLOS QUE SE PLANEAN PARA EL FUTURO:

DESCRIBA CUALQUIER PLAN QUE EXISTA PARA EL ENTRENAMIENTO RELIGIOSO DEL NIÑO(S):

D. INFORMACION ESCOLAR (COMPLETE ESTA SECCION SI EL NIÑO(A)(S) ASISTE A LA ESCUELA)

NOMBRE DE LA ESCUELA		NOMBRE DE LA ESCUELA	
DIRECCION DE LA ESCUELA		DIRECCION DE LA ESCUELA	
NUMERO DE TELEFONO DE LA ESCUELA ()	GRADO	NUMERO DE TELEFONO DE LA ESCUELA ()	GRADO
NOMBRE REGISTRADO	NOMBRE DEL MAESTRO(A)	NOMBRE REGISTRADO	NOMBRE DEL MAESTRO(A)

V. INFORMACION SOBRE SUS FINANZAS

INGRESOS MENSUALES

SALARIO BRUTO

Primer petionario(a) \$ _____
 Segundo petionario(a) \$ _____

SALARIO NETO

Primer petionario(a) \$ _____
 Segundo petionario(a) \$ _____

OTROS INGRESOS (intereses, bienes, dividendos, etc.) \$ _____

TOTAL DE INGRESOS BRUTOS \$ _____

GASTOS MENSUALES

Vivienda (incluya impuestos, seguro, y servicios públicos y municipales) \$ _____
 Seguro \$ _____
 Comida/ropa \$ _____
 Obligaciones legales (mantenimiento de hijos, pensión por separación o divorcio, etc.) \$ _____
 Gastos extraordinarios \$ _____

PAGOS MENSUALES POR DEUDAS DE CONSUMIDOR

ARTICULO	FECHA FINAL	SALDO QUE SE DEBE	PAGO MENSUAL
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
TOTAL		\$	\$

Si usted es propietario(a) de su hogar, por favor indique lo siguiente:

Precio de compra \$ _____ Saldo que se debe \$ _____

RECURSOS ECONOMICOS

Ahorros \$ _____ Inversiones \$ _____
 Acciones, bonos \$ _____ Bienes raíces \$ _____
 Otros recursos \$ _____

Si usted trabaja por cuenta propia o si algún empleador no puede verificar los ingresos de usted por algún motivo, por favor adjunte una copia de su declaración de impuestos federales sobre los ingresos del año pasado.

El año pasado, presenté/presentamos una declaración de impuestos - estatales, así como federales - sobre los ingresos.

SI NO Si contesta "NO", indique la razón: _____

He/hemos tenido que declararme/declararnos en bancarrota.

SI NO Si contesta "SI", indique la razón: _____

POR FAVOR, USE ESTE ESPACIO PARA ANOTAR CUALQUIER INFORMACION ADICIONAL SOBRE SUS FINANZAS QUE USTED CREE QUE EL DEPARTAMENTO DEBE SABER:

VI. SEGURO

¿Tiene su familia seguro de salud y hospitalización que cubre a todos los miembros de la familia? SI NO

Si contesta "SI", indique el nombre de la compañía de seguros y su dirección: _____

Nombre y dirección del médico de la familia: _____

Nombre y dirección del pediatra: _____

¿Qué arreglos se harán para el cuidado médico del niño(a)(s)? _____

Marque cada una de las siguientes clases de cobertura de seguro que tiene su familia y describa brevemente la cobertura de cada póliza.

Seguro de vida: _____

Seguro contra incapacidad/discapacidad: _____

Seguro para el automóvil: _____

Seguro para inquilinos/propietarios de hogares: _____

Otras pólizas: _____

NOTA: La ley de California [Sección 1373(c) del Código de Salud y Seguridad, y las Secciones 10119, 10112, y 11512.1 del Código de Seguros] requiere que a partir del primero de enero de 1988, todos los planes de servicios de cuidado de la salud proporcionen cobertura contra accidentes y enfermedad a cada menor colocado para adopción vigente desde el momento en que se coloque al niño(a) en la custodia física del suscriptor que tiene cobertura la o de la persona que se registra para efectuar una adopción.

VII. SEGURIDAD AMBIENTAL

Lo siguiente es una lista de asuntos y prácticas de seguridad. Por favor marque cada asunto y/o práctica que sea pertinente a su hogar. Si algún asunto/práctica no es pertinente a su hogar, por favor escriba "N/A".

- Todos los medicamentos están cerrados con llave o almacenados de una manera que les impide el acceso a los niños.
- En conformidad con la ley estatal, en nuestros automóviles se usan cinturones de seguridad, así como asientos especiales portátiles y sistemas de restricción aprobados, designados para niños y bebés.
- Se usan detectores de humo que funcionan, en las recámaras y en áreas que presentan un riesgo de incendio.
- Está a la mano, lleno y cargado, para uso en caso de emergencia, un extinguidor para toda clase de fuegos.
- No se guardan en áreas de almacenaje de alimentos, ni están al alcance de niños pequeños, productos de limpieza, insecticidas, ni otras sustancias tóxicas.
- Hemos impedido que los niños tengan contacto con todas las superficies calientes, como las estufas para leña o las que se adaptan en las chimeneas, usando mallas metálicas u otras barreras protectoras.
- Tenemos un sistema séptico/de alcantarillado/desagüe adecuado.
- Las tomas eléctricas y los portalámparas (*sockets*) están cubiertos o protegidos para impedir los choques eléctricos.
- El alambrado eléctrico está cubierto.
- No se usan literas (*bunkbeds*) para niños que tienen menos de cinco años de edad.
- La temperatura del calentador de agua se mantiene entre los 105 - 120 grados Fahrenheit.
- Nuestra familia tiene, y todos los miembros de la familia están familiarizados con, un plan de evacuación en caso de incendio.
- Nuestras mascotas están libres de enfermedades y no presentan ningún riesgo físico ni de salud para los niños.
- En nuestro hogar hay un botiquín de primeros auxilios.
- En nuestros automóviles hay un botiquín de primeros auxilios.
- Los adultos en el hogar han tomado una clase en resucitación cardiopulmonar.
- Todas las pistolas y municiones están cerradas con llave y las pistolas están descargadas con las agujas de percusión quitadas.
- La alberca/tina para hidromasaje (*hot tub* o *spa*) tiene uno de los siguientes: una cubierta aprobada para las albercas/tinas para hidromasaje o un cercado de cinco pies, construido alrededor de tal manera que no oculta la alberca/tina para hidromasaje de la vista y que tiene una puerta de cierre automático.
- Todas las escaleras tienen una barrera protectora u otro objeto para proteger a los bebés o niños pequeños de lesiones en las escaleras.
- Nuestro pozo ha sido certificado libre de impurezas por el departamento de salud o una compañía certificada de inspección del agua.

VIII. FUENTES DE INFORMACION

Por favor, dé el nombre y dirección de cuatro fuentes de información que no tienen parentesco con usted. Se sugiere que por lo menos una sea un socio de negocio que no sea un empleador, y por lo menos dos sean amigos (preferiblemente con hijos) que tienen conocimiento del ambiente en su hogar y de su estilo de vivir. No se permite dar como fuente de información a su abogado ni a su médico.

NOMBRE COMPLETO	OCUPACION	NUMERO	CALLE	CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL	NUMERO DE TELEFONO
					()
					()
					()
					()

AFIRMO/AFIRMAMOS QUE LA INFORMACION PROPORCIONADA EN ESTE CUESTIONARIO ES VERDADERA Y CORRECTA, SEGUN MI/NUUESTRO LEAL SABER Y ENTENDER, Y ENTIENDO/ENTENDEMOS QUE ESTARA SUJETA A LA VERIFICACION POR EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA (CDSS) O POR UNA OFICINA DE ADOPCIONES DELEGADA DEL CONDADO. ENTIENDO/ENTENDEMOS QUE EL CDSS O LA OFICINA DE ADOPCIONES DELEGADA DEL CONDADO TIENE LA AUTORIDAD Y LA RESPONSABILIDAD DE PROPORCIONAR INFORMACION A LOS PADRES BIOLOGICOS QUE DAN SU CONSENTIMIENTO EN ESTA ADOPCION CON RESPECTO A MI/NUUESTRA ADAPTABILIDAD PARA SER PADRE/MADRE PARA UN NIÑO(A) Y AL AJUSTE DEL MISMO EN MI/NUUESTRO HOGAR. ADEMAS, AUTORIZO/AUTORIZAMOS AL CDSS O A LA OFICINA/AGENCIA DE ADOPCIONES DESIGNADA DEL CONDADO PARA OBTENER CUALQUIER INFORMACION DE CUALQUIER OFICINA PUBLICA Y/O AGENCIA PRIVADA SI ES NECESARIO PARA ESTE PROCEDIMIENTO DE ADOPCION.

FIRMA DEL PRIMER PETICIONARIO(A)	FECHA
FIRMA DEL SEGUNDO PETIONARIO(A)	FECHA