

**NOTICE OF FORM CHANGE NO. 06-053**

DATE

04/17/2006

**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 924 English & Spanish (3/06) - INDEPENDENT ADOPTION PLACEMENT AGREEMENT

ORDER UNIT <b>MASTER ONLY</b>	<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 3/06	REPLACES 7/02	<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: <b>Department of Social Services Warehouse P.O. Box 980788 West Sacramento, CA 95798-0788</b>		<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 3/06

## USE FORM IN ACCORDANCE WITH

All County Letter No.  
 Other (specify)

## ADDITIONAL INFORMATION REGARDING FORM CHANGE

Form is a Master Only.

Attached is a Reproducible Copy - Print 8 1/2 x 11.

Check on the internet to see if forms are available at [www.dss.cahwnet.gov](http://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](mailto:fmudss@dss.ca.gov). Contact Language Services for other languages at (916) 651-8876 or by electronic mail at [LTS@dss.ca.gov](mailto:LTS@dss.ca.gov).

## INDEPENDENT ADOPTION PLACEMENT AGREEMENT

**Note to placing parent:** This form will become a permanent and irrevocable consent to adoption. Do not sign this form unless you want the prospective adoptive parents named below to adopt your child.

### PLACING PARENT SECTION:

I/we, the undersigned, being the parent(s) of \_\_\_\_\_, (Gender: M F) born  
NAME OF CHILD  
 on \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_, place said child  
DATE OF BIRTH CITY AND STATE OF BIRTH  
 with \_\_\_\_\_ for the purpose of independent adoption. I/we  
FULL NAME(S) OF PROSPECTIVE ADOPTIVE PARENT(S)

understand that I/we may revoke this Independent Adoption Placement Agreement only during the thirty (30) day period beginning on the date I/we sign this agreement and only if I/we have not waived my/our right to revoke the agreement. If I/we take no further action, this agreement shall become a permanent and irrevocable consent to the adoption on the 31st day after I/we sign it. I/we further understand that with the signing of the order of adoption by the court I/we shall give up all my/our rights of custody, services, and earnings of said child and I/we may not reclaim said child.

I/we was/were advised of my/our rights in the independent adoption process on \_\_\_\_\_. These rights are  
DATE  
 summarized on the attached Statement of Understanding which I/we have read and signed.

The person or persons named above have my/our permission to care for this child in his/her/their home.

The person or persons named above have my/our permission to make any provisions for medical and surgical care for this child, including anesthesia, which may be deemed necessary or advisable by any licensed physician, for a period not to exceed one year from the date this agreement is signed.

I/we understand that if this child is found to be subject to the Indian Child Welfare Act, this placement agreement will not be valid.

I/we have decided to place my/our child for adoption with the person or persons named above, and I/we am/are signing this freely and willingly.

SIGNATURE OF MOTHER	DATE SIGNED	SIGNATURE OF FATHER	DATE SIGNED
---------------------	-------------	---------------------	-------------

### PROSPECTIVE ADOPTIVE PARENT SECTION:

I/we, the above prospective adoptive parent(s), accept the placement of \_\_\_\_\_  
NAME OF CHILD  
 by \_\_\_\_\_ into my/our home with the intent of adoption.  
PLACING PARENT(S)

I/we agree to file a petition to adopt this child with the superior court in \_\_\_\_\_ County, the county where I/we  
COUNTY  
 reside, within ten (10) working days after signing this agreement.

I/we agree that if, during the time period specified above, the placing parent(s) sign(s) and delivers to the investigating adoption agency a statement revoking the consent and requesting that the child be returned, I/we shall immediately return the child to the custody of the placing parent(s).

I/we agree that until the adoption is granted by the court:

- A. I/we shall place the child under the care of a licensed physician and follow his or her recommendations for health care for the child, including immunization.
- B. I/we shall not take the child from the county named above for a period of more than thirty (30) days without the approval of the court. I/we understand that the court may issue an order which prevents me/us from taking the child out of the county at all.
- C. I/we shall not conceal the child from the placing parent(s), the investigating adoption agency, or the court.
- D. I/we shall inform the agency of changes in my/our family or place of residence.
- E. I/we shall assume responsibility for board, lodging, maintenance, medical care, and any other care for the child, and for any damages resulting therefrom.

I/we understand that if this child is found to be subject to the Indian Child Welfare Act, this placement agreement will not be valid.

I/we have been informed of the basic health and social history of the placing parent(s).

SIGNATURE OF PROSPECTIVE ADOPTIVE PARENT	DATE SIGNED	SIGNATURE OF PROSPECTIVE ADOPTIVE PARENT	DATE SIGNED
--	-------------	--	-------------

**ADOPTION SERVICE PROVIDER SECTION:**

I have advised the placing parent(s) as required by Family Code Section 8801.5.

- The advisement occurred at least ten (10) days before the signing of this agreement. **or**
- Due to the following exigent circumstances, the advisement occurred fewer than ten (10) days before the signing of this agreement:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Based on the residence of the prospective adoptive parent(s), the name, address, and telephone number of the adoption agency which will investigate this proposed independent adoption is:

\_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, have witnessed the signing of this Independent Adoption Placement Agreement

by \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_,

PLACING PARENT(S)                      DATE                      CITY AND STATE WHERE SIGNED

and \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

PROSPECTIVE ADOPTIVE PARENT(S)                      DATE                      CITY AND STATE WHERE SIGNED

- I am:
- A representative of \_\_\_\_\_, a California licensed private adoption agency.
  - An individual California adoption service provider.
  - A representative of \_\_\_\_\_, an adoption agency licensed or otherwise approved under the laws of the state of \_\_\_\_\_, the state where the adoption placement agreement is being signed.
  - An individual licensed or otherwise certified as a clinical social worker under the laws of \_\_\_\_\_ the state where the adoption placement agreement is being signed.
  - Independent counsel for the placing parent.

**NOTARIZE ONLY WHEN SIGNED OUT OF THE STATE OF CALIFORNIA**

State of \_\_\_\_\_ )

) )

County of \_\_\_\_\_ )

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, a Notary Public,

personally appeared \_\_\_\_\_ personally known to me (or proved to me on the basis of

NAME(S) OF PLACING PARENT(S)

satisfactory evidence) to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person acted, executed the instrument.

WITNESS my hand and official seal.

\_\_\_\_\_  
Signature (Seal)

SIGNATURE OF AGENCY REPRESENTATIVE OR INDIVIDUAL ADOPTION SERVICE PROVIDER	DATE
--	------

## CONVENIO DE COLOCACION PARA ADOPCION INDEPENDIENTE

**Nota para el padre/madre que hace la colocación:** Este formulario se convertirá en un consentimiento permanente e irrevocable a la adopción. No lo firme a menos que quiera que los posibles padres adoptivos mencionados a continuación adopten a su hijo(a).

### SECCION PARA EL PADRE/MADRE QUE HACE LA COLOCACION:

Yo (o nosotros), el suscrito, siendo el padre/madre (o padres) de \_\_\_\_\_, (sexo: M F)  
NOMBRE DEL NIÑO(A)  
 nacido en \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, coloco a dicho niño con  
FECHA DE NACIMIENTO CIUDAD Y ESTADO DE NACIMIENTO  
 \_\_\_\_\_ con el propósito de adopción independiente. Entiendo que puedo

NOMBRE COMPLETO DEL POSIBLE PADRE/MADRE (O PADRES) ADOPTIVO  
 revocar este "Convenio de colocación para adopción independiente" solamente durante el período de treinta (30) días que comienza en la fecha en que firme el mismo, y solamente cuando no haya renunciado a mi derecho a revocar el convenio. Si no llevo a cabo ninguna acción adicional, este convenio se convertirá en un consentimiento permanente e irrevocable a la adopción en el día 31 después de haberlo firmado. Además, entiendo que una vez que la corte firme la orden de adopción, renunciaré a todos mis derechos a la patria potestad (custodia), servicios, e ingresos ganados de dicho niño y que no podré recuperarlo.

En \_\_\_\_\_, fui informado sobre mis derechos respecto al trámite de una adopción independiente. Un resumen de estos  
FECHA  
 derechos se encuentra en la "Declaración de entendimiento" adjunta, la cual he leído y firmado.

La persona(s) mencionada anteriormente tiene mi permiso para cuidar a este niño en el hogar de la misma.

Por un período que no exceda un año a partir de la fecha en que se firme este convenio, la persona(s) mencionada anteriormente tiene mi permiso para que se proporcione cualquier cuidado médico y quirúrgico que cualquier médico certificado considere necesario o aconsejable para este niño, incluyendo la anestesia.

Entiendo que si se determina que este niño está sujeto al Decreto sobre el Bienestar de los Niños Indios (Indígenas) de los Estados Unidos de América, este convenio de colocación no será válido.

He decidido colocar a mi hijo para adopción con la persona(s) mencionada anteriormente, y firmo este convenio voluntariamente y sin reserva alguna.

FIRMA DE LA MADRE	FECHA EN QUE SE FIRMO	FIRMA DEL PADRE	FECHA EN QUE SE FIRMO
-------------------	-----------------------	-----------------	-----------------------

### SECCION PARA EL POSIBLE PADRE/MADRE ADOPTIVO:

Yo (o nosotros), el padre/madre (o padres) adoptivo mencionado anteriormente, acepto la colocación de \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL NIÑO(A)  
 por \_\_\_\_\_ en mi hogar con la intención de adopción.  
PADRE/MADRE (O PADRES) QUE HACE LA COLOCACION

Convengo en presentar una petición para adoptar a este niño con la corte superior en el Condado de \_\_\_\_\_, el condado donde vivo, antes de que termine un plazo de diez (10) días hábiles después de firmar este convenio.

Convengo en que si durante el período de tiempo especificado antes el padre/madre que hace la colocación firma y entrega a la oficina/agencia de adopciones investigadora una declaración revocando el consentimiento y pidiendo que se devuelva al niño, lo devolveré inmediatamente a la custodia del padre/madre que hace la colocación.

Convengo en que hasta que la corte otorgue la adopción:

- A. Colocaré al niño bajo el cuidado de un médico certificado y seguiré sus recomendaciones para el cuidado de salud del niño, incluyendo las vacunas (inmunización).
- B. No llevaré al niño fuera del Condado mencionado antes por un período de más de (treinta) 30 días sin la aprobación de la corte. Entiendo que la corte puede expedir una orden que me impida totalmente llevar al niño fuera del Condado.
- C. No esconderé al niño del padre/madre que hace la colocación, la oficina/agencia de adopciones investigadora, ni la corte.
- D. Le informaré a la oficina/agencia sobre cambios en mi familia o domicilio.
- E. Asumiré la responsabilidad de proveerle al niño hospedaje, vivienda, sustento, cuidado médico, y cualquier otro cuidado, y seré responsable de cualquier daño que resulte de eso.

Entiendo que si se determina que este niño está sujeto al Decreto sobre el Bienestar de los Niños Indios (Indígenas) de los Estados Unidos de América, este convenio de colocación no será válido.

He sido informado sobre el historial de salud y social básico del padre/madre que hace la colocación.

FIRMA DE LA POSIBLE MADRE ADOPTIVA	FECHA EN QUE SE FIRMO	FIRMA DEL POSIBLE PADRE ADOPTIVO	FECHA EN QUE SE FIRMO
------------------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------

**SECCION PARA EL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE ADOPCION:**

He orientado al padre/madre (o padres) que hace la colocación de la manera en que lo requiere la Sección 8801.5 del Código sobre Familias.

- La orientación ocurrió por lo menos diez (10) días antes de que se firmara este convenio;
- A causa de las siguientes circunstancias críticas, la orientación ocurrió menos de diez (10) días antes de que se firmara este convenio:

---



---



---



---



---



---



---

Basándose en el domicilio del posible padre/madre (o padres) adoptivo, el nombre, la dirección, y el número de teléfono de la oficina/agencia de adopciones que investigará esta propuesta adopción independiente son:

Yo, \_\_\_\_\_, he atestado la firma de este "Convenio de colocación para adopción independiente"

por \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_,

PADRE/MADRE (O PADRES) QUE HACE LA COLOCACION          FECHA          CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMO

y \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

POSIBLE PADRE/MADRE (O PADRES) ADOPTIVO          FECHA

\_\_\_\_\_,  
 CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMO

Yo soy:

- un representante de \_\_\_\_\_, una agencia de adopciones privada, certificada en California.
- un proveedor individual de servicios de adopción en California.
- un representante de \_\_\_\_\_, una oficina/agencia de adopciones, certificada o de otra manera aprobada bajo las leyes del Estado de \_\_\_\_\_, el estado donde se firma el convenio de colocación para adopción.
- un trabajador social clínico individual, certificado o de otra manera aprobado bajo las leyes de \_\_\_\_\_, el estado donde se firma el convenio de colocación para adopción.
- un asesor legal independiente para el padre/madre que hace la colocación.

**CERTIFIQUE ESTE DOCUMENTO POR UN NOTARIO SOLAMENTE CUANDO SE FIRME FUERA DEL ESTADO DE CALIFORNIA**

Estado de \_\_\_\_\_ )

)

Condado de \_\_\_\_\_ )

En \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_, un notario público, compareció en persona \_\_\_\_\_,

NOMBRE DEL PADRE/MADRE (O PADRES) QUE HACE LA COLOCACION

a quien conozco personalmente como la persona cuya firma aparece en este documento (o quien me comprobó su identidad con pruebas satisfactorias), y reconoció que él/ella firmó el documento en su capacidad autorizada, y que por medio de su firma, la persona, o la entidad a nombre de la cual la persona actuó, formalizó el documento.

EN TESTIMONIO DE ELLO, he puesto mi firma y sello oficial.

\_\_\_\_\_ (Sello)

Firma

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA OFICINA/AGENCIA O PROVEEDOR INDIVIDUAL DE SERVICIOS DE ADOPCION

FECHA