

**COMITÉ DE REVISIÓN DE SERVICIOS POST ADOPCIÓN/TUTELA LEGAL
SOLICITUD DE SERVICIOS ADICIONALES**

Nombre del niño: _____		ID del niño: _____
Región de origen: _____ F. de N. del niño: ___ Fecha de finalización de la adopción/transferencia de la tutela legal: ___		
Padre(s) adoptivo(s) o Tutor(es) legal(es): _____		
Número telefónico de padre(s)/tutor(es)	Mejor hora para llamar	Encierre en un círculo los días disponibles
Trabajo: _____	Desde: ___ am/pm Hasta: ___ am/pm	D, L, M, Mi, J, V, S
Particular: _____	Desde ___ am/pm Hasta: ___ am/pm	D, L, M, Mi, J, V, S
Otro: _____	Desde: ___ am/pm Hasta: ___ am/pm	D, L, M, Mi, J, V, S
Dirección postal: _____	Ciudad: _____	Estado: ___ Código postal: _____

Marque todo lo que corresponda

- Se adjunta la solicitud por escrito de la familia para servicios adicionales junto con documentación de respaldo.
- El o los padres adoptivos/tutores legales han sido transferidos y/o utilizaron servicios comunitarios para cubrir las necesidades del niño. Si lo marcó, complete las líneas del 1 al 8. Marque "sólo transferencia" cuando se ha recomendado un servicio a la familia, pero no lo ha utilizado.

Fecha: inicio - fin	Enumerar: tipo de servicio y proveedor	Sólo transferencia
1. ___ - ___	_____	<input type="checkbox"/>
2. ___ - ___	_____	<input type="checkbox"/>
3. ___ - ___	_____	<input type="checkbox"/>
4. ___ - ___	_____	<input type="checkbox"/>
5. ___ - ___	_____	<input type="checkbox"/>
6. ___ - ___	_____	<input type="checkbox"/>
7. ___ - ___	_____	<input type="checkbox"/>
8. ___ - ___	_____	<input type="checkbox"/>

(Si necesita más espacio, adjunte una hoja adicional)

- Se adjuntan una copia del CFS 470-A, o del CFS 481 Resumen del niño, y el CFS 470C, o 482-A, Acuerdo de asistencia de adopción o tutela legal subvencionada, O una copia del CFS 1800-C-A o del CFS 1800-C-G, Acuerdo de asistencia.
- El Acuerdo de subvención ha sido modificado, según lo permitido por las normas. Se adjunta(n) copia(s) de la modificación.
- Se adjunta documentación de respaldo proveniente de un profesional debidamente licenciado o poseedor de las debidas credenciales, acerca de las necesidades identificadas del niño.
- Se adjunta una copia de la evaluación PR-04.

Comentarios adicionales respecto a las necesidades del niño o a la provisión de servicios:

Nombre del trabajador social: _____ Número telefónico: (_____) _____ - _____

Fecha de envío al comité: _____