

**SUBSIDIO DE ADOPCIÓN/ TUTELA LEGAL SUBVENCIONADA  
FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE MEDICAID**

Fecha de aniversario \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ N° de ID del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ N° de SS del niño: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Padre(s) adoptivo(s)/Tutor(es) legal(es) \_\_\_\_\_

N° de proveedor \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

[Sírvese corregir cualquier parte de la información que aparece anteriormente que pueda ser incorrecta]

**MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA Y FIRME DEBAJO (SÍRVASE DEVOLVER DENTRO DE LOS 20 DÍAS POSTERIORES A SU RECEPCIÓN)**

1. ¿Desea subsidio de adopción/tutela legal continua para su niño? Si no es así, finalizará la subsidio.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿El niño ha sido retirado del hogar durante algún período de tiempo, con su aprobación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. Continúo/continuamos siendo legalmente responsable(s) por el niño. <b>(Si NO es así, envíe una copia de la orden judicial que anula sus derechos paternales o que revoca su tutela legal.)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. Continúo/continuamos manteniendo económicamente al niño.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. El niño mencionado anteriormente es un menor emancipado. <b>(Si ES así, envíe una copia de la orden judicial que emancipa al niño.)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. El niño anteriormente mencionado se ha casado. <b>(Si es así, envíe una copia del certificado de matrimonio o del aviso publicado en el periódico.)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. El niño mencionado anteriormente se ha alistado en el servicio militar. <b>(Si es así, proporcione la documentación de alistamiento.)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. El niño anteriormente mencionado ha muerto. <b>(Si es así, envíe una copia del certificado de defunción o del obituario.)</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\_\_\_\_\_  
Firma del padre adoptivo/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre adoptiva/tutora legal

\_\_\_\_\_  
Fecha