

**CALIFICACIÓN PARA ASISTENCIA DE ADOPCIÓN PARA NIÑOS QUE NO ESTÉN
BAJO LA RESPONSABILIDAD LEGAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
PARA NIÑOS Y FAMILIAS DE ILLINOIS**

LOS PADRES ADOPTIVOS POTENCIALES DEBEN SER RESIDENTES DE ILLINOIS

Marque la(s) casilla(s) para el (los) tipo(s) de asistencia de adopción para la(s) cual(es) se está solicitando una determinación de calificación.

Subvención para gastos no recurrentes:

Pago de subvención mensual permanente:

Subvención para asistencia médica: Número de seguimiento: _____

Nombre del niño en su Certificado de Nacimiento _____
Primer nombre Inicial Apellido

F de N del niño ____ / ____ / ____ N° de seguro social del niño ____ - ____ - ____

Nombre de la agencia privada: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Dirección: _____

Nombre del trabajador social: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Nombre(s) del (de los) padre(s) adoptivo(s) potencial(es): _____

Dirección: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

EL NIÑO DEBE CUMPLIR UNO DE LOS CRITERIOS DE CALIFICACIÓN DE LA SECCIÓN I Y LOS TRES CRITERIOS DE NECESIDADES ESPECIALES DE LA SECCIÓN II A FIN DE CALIFICAR PARA UN PAGO DE SUBVENCIÓN PERMANENTE MENSUAL Y/O UN SUBSIDIO PARA ASISTENCIA MÉDICA.

EL NIÑO DEBE CUMPLIR SÓLO LOS CRITERIOS DE NECESIDADES ESPECIALES DE LA SECCIÓN II A FIN DE CALIFICAR PARA UNA SUBVENCIÓN PARA GASTOS NO RECURRENTES.

Fecha de inicio de los trámites de adopción ____ / ____ / ____ (Se debe adjuntar una copia sellada de la petición de adopción para el archivo)

I. Criterios de calificación necesarios para recibir un pago de subvención mensual permanente para asistencia de adopción y/o subvención para asistencia médica. El niño debe cumplir uno de los siguientes cuatro criterios.

1. SSI:

¿El niño está recibiendo SSI, o se ha determinado que califica para recibir SSI previo al inicio de los trámites de adopción?

Sí No (Si respondió sí, se debe adjuntar prueba de calificación de la Administración del seguro social)

Nombre del niño: _____

Nombre(s) del (de los) padre(s) adoptivo(s): _____

Nº de seguimiento: _____

2. Adopción previa:

- a) ¿El niño fue adoptado anteriormente? Sí No
- b) Si responde sí, ¿en qué estado? _____
(Se debe adjuntar verificación de adopción anterior)
- c) ¿La subvención por adopción calificaba para el Título IV-E? Sí No
(Si respondió sí, debe adjuntar verificación de calificación)

3. Niño de padres bajo tutela según IV-E:

El niño, ¿es hijo de un padre menor de edad, que califica para IV-E, que haya recibido pagos de mantenimientos por cuidados de crianza temporal que incluyeran dinero para el niño (es decir, un joven bajo tutela y con hijo recibiendo pagos por servicios especiales)?

- Sí No (Si respondió sí, debe adjuntar verificación de calificación de las evaluaciones CM24, CM-08 y CR-08 de los padres)

4. Calificación para AFDC:

La Unidad de determinación de calificación en Springfield realizará una determinación de calificación para AFDC en el momento de la extirpación y en el momento del inicio de los trámites de adopción, utilizando la información que se proporciona a continuación.

- a) La extirpación del niño del hogar, ¿se debió a una determinación judicial que indicaba que la permanencia del niño en el hogar estaba en contra de su bienestar? (Debe adjuntarse una copia de la orden judicial) Si la determinación judicial no se realizó, el caso no calificará para AFDC.

Sí No Fecha de la extirpación ____ / ____ / ____

- b) ¿El niño estaba viviendo con uno de los siguientes familiares que se especifican en el momento de la petición, o dentro de los 6 (seis) meses posteriores a la misma? (Si responde sí, marque el tipo de familiar)

Sí No Última fecha en que vivió con el familiar ____ / ____ / ____

(Debe adjuntarse documentación sobre la última fecha en la cual vivió con el familiar)

- Padre y madrastra
- Madre y padrastro
- Padre
- Madre
- Padrastro o madrastra
- Hermano/a, hermanastro/a
- Abuelo/a(s), bisabuelo/a(s), tatarabuelo/a(s)
- Tío/a, tío abuelo/tía abuela, tío bisabuelo/tía bisabuela
- Sobrino/a
- Primo hermano/prima hermana, hijos de primos hermanos
- Cónyuge de un familiar biológico (mencionado anteriormente)

- c) ¿El niño tenía un subsidio de ayuda pública en el momento de su extirpación del hogar? Sí No

Si respondió sí, determine el subsidio y el número de beneficiario: _____

Nombre del niño: _____

Nombre(s) del (de los) padre(s) adoptivo(s): _____

Nº de seguimiento: _____

- d) En el momento de la extirpación, ¿se privó al niño del apoyo de sus padres debido a alguno de los siguientes motivos?: (Marque todas las privaciones que correspondan; deberá adjuntar documentación sobre cada tipo de privación)

Nota: La TPR (terminación de derechos de los padres) no puede ser utilizada como factor de privación.

- fallecimiento de la madre y/o del padre;
- el niño fue retirado del hogar de un individuo que no era uno de sus padres biológicos ni adoptivos, y ninguno de sus padres vivía en el hogar del individuo;
- ausencia del padre/de la madre por causa de separación legal o divorcio;
- ausencia del padre/de la madre por causa de separación legal sin acción legal, sin intención de regresar;
- ausencia del padre/de la madre por causa de reclusión en una institución penal o correccional;
- ausencia del padre/de la madre por causa de deportación o por haber dejado el país en forma voluntaria;
- ausencia del padre/de la madre por ser padre/madre soltero/a, y por estar ausente el otro padre;
- ausencia del padre/de la madre por otro motivo; especifique _____
- el padre/la madre del niño (biológico/a o adoptivo/a) está desempleado/a, incluyendo huelgas sancionadas por sindicatos;
- el padre/la madre trabaja menos de 100 horas por mes; o
- incapacidad física o mental del padre/de la madre.

- e) Haga una lista de todas las fuentes y montos de ingresos del hogar en el momento de la extirpación:
(Debe adjuntar documentación sobre ingresos)

Nombre y relación:	Nº de SS	Tipo	Monto
	- -		\$
	- -		\$
	- -		\$
	- -		\$
	- -		\$
	- -		\$

- f) **¿El niño tenía un subsidio de ayuda pública en el momento del inicio del trámite de adopción?** Sí No

Si respondió sí, determine el subsidio y el número de beneficiario: _____

Nombre del niño: _____

Nombre(s) del (de los) padre(s) adoptivo(s): _____

Nº de seguimiento: _____

g) ¿Existió privación continua de apoyo de los padres en el momento del *inicio de los trámites de adopción* (usar la fecha de la Sección I, numeral 1d)?

Sí No

(Si respondió sí, marque la privación que corresponda – **Debe adjuntar copia de la privación continua**)

- fallecimiento de la madre y/o del padre;
- el niño fue retirado del hogar de un individuo que no era uno de sus padres biológicos ni adoptivos, y ninguno de sus padres vivía en el hogar del individuo;
- ausencia del padre/de la madre por causa de separación legal o divorcio;
- ausencia del padre/de la madre por causa de separación legal sin acción legal, sin intención de regresar;
- ausencia del padre/de la madre por causa de reclusión en una institución penal o correccional;
- ausencia del padre/de la madre por causa de deportación o por haber dejado el país en forma voluntaria;
- ausencia del padre/de la madre por ser padre/madre soltero/a, y por estar ausente el otro padre;
- ausencia del padre/de la madre por otro motivo; especifique _____
- el padre/la madre del niño (biológico/a o adoptivo/a) está desempleado/a, incluyendo huelgas sancionadas por sindicatos;
- el padre/la madre trabaja menos de 100 horas por mes;
- incapacidad física o mental del padre/de la madre; o
- anulación de los derechos de los padres.

h) Haga una lista de todas las fuentes y montos de los ingresos del niño al *inicio de los trámites de adopción*.
(**Debe adjuntar documentación sobre los ingresos del niño**)

TIPO	MONTO
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

II. Criterios de necesidades especiales:

Se debe cumplir con **los tres** criterios de necesidades especiales detallados a continuación.

1. ¿Se determinó que el niño no puede o no debe regresar al hogar de sus padres?

Sí No

Esto se determina por lo siguiente (**Debe adjuntar documentación**):

Nombre del niño: _____

Nombre(s) del (de los) padre(s) adoptivo(s): _____

N° de seguimiento: _____

2. Marque el (los) factor(es) o condición(es) específico(s) que califican al niño como niño con necesidades especiales.

(Debe adjuntar la documentación pertinente)

- incapacidad física, mental o emocional irreversible o incorregible;
- incapacidad física, mental o emocional corregibles por medio de cirugía, tratamiento u otros servicios especializados;
- 1 (un) año de edad o más;
- integrante(s) de un grupo de hermanos que están siendo adoptados juntos donde al menos uno de los niños cumple con uno o más de los demás criterios; o
- niño que está siendo adoptado por padres adoptivos que han adoptado previamente, con asistencia de adopción, a otro(s) niño(s) nacido(s) de la misma madre o el mismo padre.

3. a) Se realizaron esfuerzos para colocar al niño sin asistencia de adopción. Marque todo lo que corresponda:

- inclusión en un servicio de listados o de intercambio de adopción;
- búsqueda de recursos de colocación adoptiva;
- revisión de listas de espera de padres adoptivos;
- consulta respecto a si los padres adoptivos están dispuestos a adoptar sin asistencia de adopción, conforme a una declaración por escrito que lo evidencie;
- otro, especifique.

Y

b) Los esfuerzos realizados para colocar al niño sin asistencia de adopción no tuvieron éxito.

O

c) **No** se realizaron esfuerzos para colocar al niño sin asistencia de adopción porque va en contra de lo más beneficioso para el niño, ya que existe un apego emocional importante con los padres adoptivos potenciales debido a que son familiares, amigos de la familia, o el apego emocional importante se desarrolló mientras se encontraba bajo su cuidado como padres de crianza temporal.

(Debe adjuntar la documentación pertinente)

