

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DISOLUCIÓN DE ADOPCIÓN/TUTELA LEGAL  
SUBVENCIONADA**

Nombre del (de los) padre(s) adoptivo(s)  
o tutor(es) legal(es) anterior(es): \_\_\_\_\_

ID del proveedor: \_\_\_\_\_

Nombre del (de los) padre(s) adoptivo(s) o tutor(es) legal(es) probable(es): \_\_\_\_\_

ID o número de seguro social del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haga una lista, a continuación, de los niños que serán adoptados o que quedarán bajo tutela de los probables padres adoptivos/tutores legales subvencionados. Marque sí o no si actualmente tienen la tutela privada de cualquiera de estos niños.

Nombre del niño o niños: _____	ID: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	ID: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	ID: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	ID: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento del (de los) niño(s) | <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción del (de los) padre(s)/tutor(es) |
| <input type="checkbox"/> CANTS  | <input type="checkbox"/> LEADS  |
| <input type="checkbox"/> CERAP  | <input type="checkbox"/> Copia de la subvención                                   |
| <input type="checkbox"/> Formulario de pago directo al abogado.         |   |

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de pago/colocación 4999: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de acuerdo interino de subvención 4901: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Posible fecha de finalización de la adopción/transferencia de la tutela legal: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Aprobación del pago interino

Denegación del pago interino

\_\_\_\_\_  
Firma autorizante de la oficina del director

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Upon receipt of authorizing signature, fax this form to the DCFS Payment Unit. Fax (217) 557-0639**