

Departamento de Servicios para Niños y Familias
del Estado de Illinois

**DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD
PARA ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN**

Este formulario debe ser completado por el trabajador de caso asignado al niño y revisado por el supervisor.

I. Datos identificadores

Nombre en el certificado de nacimiento: _____
APELLIDO PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Fecha de nacimiento: _____

Núm ID.: _____ Raza: _____ Sexo: _____ # S.S.: _____

Fecha en que el niño llegó a ser cuidado: _____

Fecha de colocación con el cuidador: _____

¿Han cesado los derechos paternos? (Por favor seleccione todos los que apliquen).

Madre: Sí No Si "sí", ¿Cómo?

Terminación involuntaria _____
Fecha

Renuncia voluntaria _____
Fecha

Consentimiento específico _____
Fecha

Muerte _____
Fecha

Adopción expedita _____
Fecha

Padre: Sí No Si "sí", ¿Cómo?

Terminación involuntaria _____
Fecha

Renuncia voluntaria _____
Fecha

Consentimiento específico _____
Fecha

Muerte _____
Fecha

Adopción expedita _____
Fecha

II Factores de elegibilidad para asistencia para la adopción (Por favor seleccione todos los factores que apliquen)

1. a) ¿El Departamento es legalmente responsable del niño?

Sí No

Condado de Jurisdicción _____

De ser sí, introduzca la fecha inicial legal ____ / ____ / ____ Número de expediente del Juzgado de Menores _____

**CUANDO ES NO, DETÉNGASE Y USE EL CFS 1800-A-1, ELEGIBILIDAD DE
ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN PARA NIÑOS QUE NO SE ENCUENTRAN BAJO
RESPONSABILIDAD LEGAL DEL DCFS.**

Nombre de nacimiento del niño: _____

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

Y

- b) Una corte encontró una causa probable para creer que había abuso, negligencia o dependencia en una custodia temporaria o audiencia de adjudicación.

Sí No Fecha de la audiencia: ____ / ____ / ____ Condado: _____

O

- c) Los padres entregaron el menor voluntariamente sin que una corte encontrara abuso, negligencia o dependencia y el niño estuvo bajo custodia del Departamento antes del 1 de julio de 1998.

Sí No

Y

- d) Es probable que el niño sufra más abuso o negligencia o no será cuidado adecuadamente si regresa a la casa de los padres.

Sí No

2. Seleccione todas las que califiquen al niño como un niño con necesidades especiales.

- Discapacidad física, mental o emocional no corregible o irreversible,
 Discapacidad física, mental o emocional corregible por medio de cirugía, tratamiento u otros servicios especializados,
 De un (1) año de edad o mayor,
 Miembro(s) de un grupo de hermanos que están siendo adoptados juntos donde al menos un hijo cumple uno o más de los otros criterios;
 Niño que es adoptado por padres adoptivos que han adoptado previamente, con la asistencia de adopción, otro hijo(s) nacido de la misma madre o padre.

SI NINGUNA DE LAS CASILLAS EN EL #2 HAN SIDO SELECCIONADAS, EL NIÑO NO ES ELEGIBLE PARA ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN.

3. a) Se realizaron esfuerzos para colocar al niño sin un subsidio. Por favor seleccione todos los que apliquen:
- Listado en un intercambio de adopción;
 Búsqueda de recursos de colocación adoptiva;
 Revisión de la lista de espera de padres adoptivos;
 Preguntar si los padres adoptivos están dispuestos a adoptar sin un subsidio, como lo demuestra una declaración por escrito;
 Otros, por favor, especifique: _____
- b) Los esfuerzos para colocar al niño sin un subsidio no fueron exitosos.
- c) No se hicieron esfuerzos para colocar al niño sin un subsidio porque es contra el mejor interés del niño ya que hay un significativo apego emocional a los posibles padres adoptivos debido a que son parientes, amigos de la familia o fue desarrollado mientras se encontraba bajo su cuidado como padres de acogida.

SI LAS RESPUESTAS A II. #1, (a) Y (b) o (c) Y (d) SON SÍ, Y POR LO MENOS UNA CASILLA ES SELECCIONADA EN #2 Y LA RESPUESTA A #3 ES (A) Y (B) O (C)#3, EL NIÑO ES ELEGIBLE PARA ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN.

Nombre de nacimiento del niño: _____

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

4. El niño es elegible para asistencia para la adopción Sí No

Firma de trabajador que completa el formulario

Agencia

_____/_____/_____
Fecha

Nombre del trabajador que completa el formulario

Firma del supervisor

Agencia

_____/_____/_____
Fecha

Nombre del supervisor

Firma del Coordinador/Supervisor de adopciones del DCFS

Región

_____/_____/_____
Fecha

Nombre del Coordinador/Supervisor de adopciones del DCFS