

친모(생모) 정보

아이 이름	사례 번호
사례 담당자 이름	기관명

작성 요령:

- 잉크 펜을 사용해 정자체로 명확하게 기입합니다.
- 전체 항목을 작성합니다. 해당 질문에 대한 답을 모를 경우 "모름"으로 기재합니다.
- AD 67 양식은 두 부분으로 구분되어 있습니다. 섹션 I은 "개인신상" 정보로 구성되어 있으며, 기밀로 취급됩니다. 이 정보는 귀하가 저희에게 정보 공개 승인을 제공하지 않는 한, 입양아 또는 아이 입양 양부모에게 제공되지 않습니다. 섹션 II는 "비-개인신상" 정보로 구성되어 있습니다. 캘리포니아주 입양법은 입양을 최종 완료하기 전에 의료, 심리(정신) 및 사회 정보가 들어 있는 섹션 II 부분을 입양아 양부모에게 그리고 18세에 도달한 입양아가 서면으로 요청하는 경우, 사본 1부를 제공하도록 요구하고 있습니다.
- 이 양식에 있는 모든 요청 정보는 귀 자녀의 입양을 완료하는데 중요합니다.

섹션 I — 친모(생모) 개인신상 정보

이 정보는 귀하가 정보 공개 승인을 제공하지 않는 한, 기밀로 보호됩니다.

A. 이름/주소

친모(생모) 이름: (이름, 중간이름, 성)	친정 쪽 성씨	알려진 다른 이름(가명, 별명)
사회보장번호	운전면허번호	생년월일 (월, 일, 년)
출생지 (시, 주, 국가)	현 주소 (도로, 시, 주, 우편번호)	전화번호 ()
영구 우편 주소 (도로, 시, 주, 우편번호) *	영구 우편 주소 사용 제한 (있을 경우)	영구 전화번호 ()

B. 친모(생모)의 부모 (귀하를 기른 부모)

친모(생모)의 모친 이름 (이름, 중간이름, 성)	친모(생모)의 부친 이름 (이름, 중간이름, 성)
주소 도로 시	주소 도로 시
주 우편번호	주 우편번호
귀하의 모친이 이 입양 사실을 알고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음	귀하의 부친이 이 입양 사실을 알고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음
추후 귀하의 소재지를 알아야 하는 경우, 귀하의 모친에게 연락해 도움을 청할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	추후 귀하의 소재지를 알아야 하는 경우 귀하의 부친에게 연락해 도움을 청할 수 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

C. 미성년자의 아버지

친부(생부) 이름 (이름, 중간이름, 성)	영구 전화번호 ()
알고 있는 마지막 주소 (도로, 시, 주, 미국이 아닌 경우 해당 국가)	
아이의 친부와 결혼을 하려고 한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
'예'일 경우 그에 대해 설명하십시오 _____	

D. 혼인 내력

1. 현재 결혼하셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우 배우자의 이름은 무엇입니까? _____ 배우자의 주소는 무엇입니까? _____ (이름, 중간이름, 성)
현재 혼인 장소 (시, 카운티, 주)
결혼 장소 (시, 카운티, 주)
결혼 날짜 (월, 일, 년)

* 참고: 귀하의 영구 우편 주소가 변경되는 경우 캘리포니아주 사회복지부(California Department of Social Services)에 반드시 통보해야 합니다.

2. 이전에 결혼한 적이 있습니까? 예 아니요 '예'일 경우 다음을 기입해 주십시오:

이전 배우자의 이름	결혼 허가서 발급 장소	결혼 날짜와 장소	이혼 날짜와 장소	배우자가 사망한 경우 사망일과 사망 장소	출생 자녀 수
1.					
2.					
3.					
4.					

E. 그 밖의 자녀

입양시키는 자녀 외 또 다른 자녀가 있습니까?..... 예 아니요

'예'일 경우 다음을 작성해 주십시오:

자녀 이름	성별		입양시킬 아이와 혈연관계인 경우 체크(✓)할 것 친형제자매 이복형제자매	자녀의 생년월일	이 아이를 누가 돌보고 있습니까? (아이와 아이를 돌보는 사람과의 관계를 기입할 것)
	남	여			
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

F. 아메리칸 인디언 조상 (ICWA-020 양식을 반드시 작성해야 합니다)

귀하의 어머니 또는 아버지 가족 중에 아메리칸 인디언 조상을 둔 사람이 있습니까?..... 예 아니요

'예'일 경우 인디언 부족명: _____ 인디언 부족 지역: _____

현재 귀하 또는 귀하의 부/모가 이 부족에 등록되어 있거나, 그 밖에 이 부족에 등록되어 있는 조상이 있습니까? 예 아니요

'예'일 경우 귀하 또는 그들의 등록 번호: _____.

귀하, 귀하의 부/모, 조부/모 또는 기타 조상 중에 인디언 혈통 정도 증명서(CDIB)를 소지했었던 사람이 있습니까? 예 아니요

'예'일 경우 이 설문조사지에 CDIB 사본 1부를 첨부해 주십시오.

G. 심리(정신) 상담

감정적 또는 심리적 또는 행동 문제로 인해 심리 전문의, 정신 전문의, 전문임상사회복지사, 정신 건강 또는 행동 건강

치료사에게 간 적이 있습니까? 예 아니요

'예'일 경우 다음을 작성해 주십시오:

치료 일자 와 사유

귀하를 치료한 치료사 및/또는 기관 이름

장소

치료 중에 받은 처방약

더 이상 치료를 받지 않는 경우, 중단한 이유

H. 입양 관련 질문 (개인 입양의 경우에만 해당)

1. 이 입양 기간 동안에 귀하를 대변할 변호사가 있습니까?..... 예 아니요
2. 귀하의 변호사가 입양 예비 부모측의 변호사이기도 합니까?..... 예 아니요 알 수 없음
3. 산전관리, 출산 및 기타 비용을 포함해, 임신 기간동안 누가 관련 비용들을 지불했습니까? _____
4. 입양 예비 부모측이 귀하의 생활비를 지불한 적이 있습니까?..... 예 아니요
얼마를 지불했습니까? \$ _____
5. 캘리포니아주 입양법에 따르면 입양아 친부/모(생부/모)는 입양 예비 부모에 관한 사적인 지식이 있어야 한다고 되어 있습니다.
따라서 입양 예비 부모에 관해 갖고 있는 정보가 있으면 아래에 표기해 주십시오:
 전체 법적 이름 예 아니요
 연령 예 아니요
 종교 예 아니요
 인종 또는 민족 예 아니요
 현 결혼 기간 예 아니요
 과거 결혼 횟수 예 아니요
 거주지 지역 (요청한 경우, 그들의 주소) 예 아니요
 직업 예 아니요
 그들 집에 같이 살고 있는 다른 아동이나 성인 예 아니요
 그들 집에 같이 살지 않는 자녀들 예 아니요
 이들 아동에 대해 아동양육비 지불 의무? 예 아니요
 아동양육비 체납?..... 예 아니요
 정상적인 일상 활동을 제한하거나 정상적인 기대 수명을 단축하는 건강 상태? 예 아니요
 교통 위반을 제외한 다른 범죄로 인해 체포되거나 유죄 판결 이력? 예 아니요
 아동 학대 또는 방치로 인해 자녀 양육권을 박탈당한 이력? 예 아니요
6. 입양 예비 부모에 관한 정보 중에 추가로 원하는 또는 필요로 하는 정보가 있습니까? _____

7. 입양 예비 부모를 만났습니까? 예 아니요
8. '예'일 경우 그들을 얼마나 잘 압니까? _____

친모(생모) 서명

양식 작성일

상기 정보를 제공한 사람: (해당되는 네모 칸에 체크할 것)

친모(생모) 친부(생부) 기타 (설명요) _____

아이 이름	사례 번호
사례 담당자 이름	기관명

섹션 II — 친모(생모)에 관한 비-개인신상 정보

이 정보는 입양 예비 부모에게 공개되며 추후 귀 자녀에게도 공개될 수 있습니다. 가급적 모든 질문에 빠짐없이 답해 주십시오.

입양아 출생시 친모(생모)의 특성

A. 일반 정보 및 신체 특징

키	평소 체중	눈 색깔	피부색	자연 모발 색깔	자연 모발 질 (해당되는 모든 곳에 체크할 것) <input type="checkbox"/> 가는 모발 <input type="checkbox"/> 중간 모발 <input type="checkbox"/> 굵고 뽀뽀한 모발 <input type="checkbox"/> 직모 <input type="checkbox"/> 웨이브 머리 <input type="checkbox"/> 곱슬 머리 <input type="checkbox"/> 대머리
생년월일(연도만 기입)	출생지 (주만 기입)	혈액형	RH 인자	체형 <input type="checkbox"/> 작은 체구 <input type="checkbox"/> 중간 체구 <input type="checkbox"/> 큰 체구	오른손잡이입니까? <input type="checkbox"/> 왼손잡이입니까? <input type="checkbox"/>

인종/민족 집단:

백인 히스패닉계 필리핀계 흑인 아시아계 또는 태평양 섬주민

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민 기타 (구체적으로 표명) _____

아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민인 경우 부족명과 인디언 혈통 정도(알 경우) 를 구체적으로 기입해 주십시오 _____

특정 혈통: (예: 아일랜드인, 프랑스인, 독일인, 중국 광둥인, 멕시코인, 나이지리아인)

B. 교육

이수한 최종 학년	현재 학생입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	평소 학교 성적	기타 교육/훈련
-----------	--	----------	----------

특별활동

관심있는 학과목

C. 직업

현재 직업	다닌 기간은?	평소 직업은?
-------	---------	---------

직업적 목표는 무엇입니까? (예: 교사 되기, 용접기사 되기, 판매원 되기)

D. 성격

귀하의 일반적인 행동, 태도, 기분, 평소 참여하는 활동들, 함께 있으면 즐거운 사람들의 유형 면에서 귀하의 성격을 기술하십시오

재능, 취미 및 삶의 목표 등을 설명하십시오

어렸을 때의 자신을 설명하십시오

F. 친모(생모)의 생리력 및 아이 임신 이력

1. 생리력	몇 살때 초경을 하였습니까?	보통 며칠 간 생리를 합니까?	규칙적입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	생리 주기
---------------	-----------------	------------------	--	-------

생리시 어떤 문제가 있습니까?

예 아니요 '예'일 경우 설명하십시오

2. 이 아이 임신시	이 임신시 산전관리를 담당한 산부인과 의사의 이름과 주소			
	산부인과 의사 이름		주소	

언제부터 산전관리를 받았습니까?	몇 세때 임신을 하였습니까?	몇 주간 임신하셨습니까?	출산 유형: <input type="checkbox"/> 1명 출산 <input type="checkbox"/> 다수 출산 <input type="checkbox"/> 다수 출산인 경우 몇 명?
-------------------	-----------------	---------------	---

이 임신 중에 합병증이 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우 그에 대해 설명하십시오	다른 아이를 출산한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우 몇 명입니까?
---	--

3. 이 임신 중 건강 상태	풍진(독일 홍역)..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 감염 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	성병: <input type="checkbox"/> 단순포진(허피스) 바이러스 <input type="checkbox"/> 임질 <input type="checkbox"/> 매독 <input type="checkbox"/> 클라미디아 <input type="checkbox"/> 성기 사마귀	바이러스(예: 독감)..... <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 사고 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
------------------------	--	--	--

위의 증세 중 '예'라고 답한 것이 있으면 증상 유형, 날짜 및 치료 유형을 상세하게 기술하십시오

4. 이 임신 중, 임신하기 전으로 1년 내 복용한 약

a. 처방약: [약명]	이 임신 중에 복용한 약		임신하기 전으로 1년 내에 복용한 약		언제	횟수	복용량
	예	아니요	예	아니요			
1.							
2.							
3.							
4.							
b. 비처방약: [아스피린, 점비약 등]							
1.							
2.							
3.							
4.							
c. 술 및 기타 약물:							
1. 술 (와인, 맥주 등)							
2. 암페타민 (각성제)							
3. 바르비투르산염 (진정제)							
4. 담배							
5. 코카인							
6. 크랙 마약							
7. 헤로인							
8. LSD							
9. PCP							
10. 마리화나							
11. 기타(구체적으로 기재)							

정맥 주사기로 마약을 사용한 적이 있습니까? 예 아니요

G. 개인 건강력

일반적인 건강 상태

아동기에 어떤 질병을 앓았습니까?

- 홍역: 풍진(3일) 유행성 이하선염 건초열 중이염 류머티즘열 백일해
 홍역(2주) 수두 홍진 뇌염 심장 잡음 요로염/방광염
 천식 수막염 성홍열 기타(구체적으로 기재) _____

대수술을 받은 적이 있습니까? 예 아니요
 '예'일 경우 어떤 증세로 인해 그리고 언제 받았습니까? _____

다음 해당 사항에 체크하십시오:

- 쌍둥이 세 쌍둥이 기타 다산

해당 사항에 체크하십시오:

- 일란성 쌍둥이 또는 이란성 쌍둥이

H. 가족력

귀하 또는 직계 가족 중 입양되었던 사람이 있습니까? 예 아니요
 '예'일 경우 누구인지 적어주십시오 _____

현재 나이	귀하의 친부(생부)				귀하의 친모(생모)			
	키		체중		키		체중	
사망한 경우 사망시 나이								
사망 사유								
키 및 체중	키		체중		키		체중	
모발 색깔과 질								
눈 색깔								
피부색								
왼손잡이 또는 오른손잡이								
특징								
이수한 교육								
직업								
인종/민족 집단	<input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 히스패닉계 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 필리핀계 <input type="checkbox"/> 아시아계 또는 태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 기재) <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민				<input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 히스패닉계 <input type="checkbox"/> 흑인 <input type="checkbox"/> 필리핀계 <input type="checkbox"/> 아시아계 또는 태평양 섬주민 <input type="checkbox"/> 기타 (구체적으로 기재) <input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민			
국적								
종교								
부/모가 귀하의 임신 사실을 알고 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
부/모의 형제/자매가 몇 명입니까?								
귀하의 이모/고모 또는 삼촌이 사망하였다면 사망시 연령과 사망 이유를 기재하십시오.								
	귀하 부친의 부모				귀하 모친의 부모			
	부		모		부		모	
나이								
사망한 경우 사망시 나이와 사망 사유								
신체적 외모 설명								
키 및 체중	키	체중	키	체중	키	체중	키	체중
특징								
이수한 교육								
현재 또는 이전 직업								
부/모가 귀하의 임신 사실을 알고 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

H. 가족력 (계속)

형제/자매 정보

(형제/자매가 4명 이상이면 다른 용지를 사용하십시오)

	1	2	3	4
성별(남/여)				
나이				
사망한 경우 사망시 나이와 사망 사유				
친형제자매 또는 이복/이부 형제자매?	<input type="checkbox"/> 친형제자매 <input type="checkbox"/> 이복/이부 형제자매		<input type="checkbox"/> 친형제자매 <input type="checkbox"/> 이복/이부 형제자매	
키 및 체중	키 <input type="text"/> 체중 <input type="text"/>	키 <input type="text"/> 체중 <input type="text"/>	키 <input type="text"/> 체중 <input type="text"/>	키 <input type="text"/> 체중 <input type="text"/>
모발 색깔과 질				
눈 색깔				
피부색				
취미 및 재능				
이수한 최종 학년				
현재 학생 신분 여부	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
직업				
임신 사실을 알고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
혼인 상태				
자녀 수				
자녀(들)의 건강				

기타 다른 자녀

(자녀가 4명 이상이면 다른 용지를 사용하십시오)

	자녀 #1	자녀 #2	자녀 #3	자녀 #4
아들 또는 딸로 표기				
생년월일 또는 나이				
입양시킬 아이와 이 아이가 친형제자매 또는 이복/이부 형제자매지간입니까?	<input type="checkbox"/> 친형제자매 <input type="checkbox"/> 이복/이부 형제자매		<input type="checkbox"/> 친형제자매 <input type="checkbox"/> 이복/이부 형제자매	
사망한 경우 사망시 나이				
사망 사유				
키 및 체중	키 <input type="text"/> 체중 <input type="text"/>	키 <input type="text"/> 체중 <input type="text"/>	키 <input type="text"/> 체중 <input type="text"/>	키 <input type="text"/> 체중 <input type="text"/>
모발 색깔과 질				
눈 색깔				
피부색				
왼손잡이 또는 오른손잡이				
학년				
이 아이가 귀하와 함께 살고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
취미 및 재능				
일반적인 건강상태				
대수술				
건강 문제				
이 아이가 귀하의 임신사실을 알고 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

I. 귀하, 귀하의 부모 및 기타 친족 건강력

귀하 또는 가족/친족(예: 귀하의 부모, 자매, 형제, 고모/이모, 삼촌, 조부모, 귀하가 낳은 자녀 등) 중에 누구라도 아래에 기술한 의학적 증상이 과거에 있었거나 지금 현재 있는 경우 표기하십시오. 귀하와의 관계를 기재하십시오. "의견"란도 작성해 주십시오. 의학적 증상으로 인해 가족 일원이 사망한 경우이면, "의견"란에 사망했음을 표명하고 그 사람이 사망했을 당시의 대략의 나이를 기재해 주십시오.

의학적 증세	아니 요	모름	예 본인	예 - 가족/친족 (관계를구체적으로 기재)	의견
A. 선천성 장애:					
1. 만곡족 또는 기타 정형외과적 문제 (예: 평발)					
2. 언청이(구순열) 또는 구개열					
3. 다운 증후군					
4. 기타 염색체 이상					
5. 뇌수종					
6. 근이영양증					관련된 신체 부위? 발병 나이?
7. 소인증					
8. 척추 파열					
9. 선천성 심장 장애					
10. 겸상 적혈구성 빈혈					
11. 테아삭병					
B. 알레르기:					알레르기 대상? 어떤 치료? 무슨 약 복용/투약?
1. 습진 또는 기타 피부 증세					
2. 건초열 또는 기타 알레르기					
3. 약물 알레르기					어떤 약물?
4. 음식 알레르기					어떤 음식?
C. 눈, 치아, 귀 및 발달 장애:					
1. 실명, 녹내장, 색맹 또는 기타 시력 문제					
2. 교정 안경 또는 콘택트 렌즈					도수 처방 렌즈가 필요했던 나이는?
근시					
원시					
난시 (초점을 맞지 못해 발생하는 시력장애)					
사시 (사팔눈)					
기타 (설명요)					
3. 치아 교정기 착용 또는 기타 치과 교정					해당될 경우 어떤 치과 교정을 말하며 교정 기간은?

I. 귀하, 귀하의 부모 및 기타 친족 건강력 (계속)

의학적 증세	아니 요	모름	예 본인	예 - 가족/친족 (관계를 구체적으로 기재)	의견
4. 난청 또는 기타 청력 문제					특수 교육? '예'일 경우 발병 나이를 기재하십시오.
5. 언어 문제					
6. 학습 장애					의사의 진단? 입원?
7. 발달 장애					
D. 순환기 장애					
1. 혈우병					
2. 겸상 적혈구성 빈혈 또는 겸상 세포 소질					
3. 고혈압증(고혈압)					발병 나이? 어떤 치료? 입원?
4. 뇌졸중					
5. 심장마비(관상동맥)					
6. 관절염					어떤 유형의 관절염? 발병 나이? 신체 어느 부위?
7. 신장병					발병 나이? 어떤 치료?
E. 호르몬 장애					발병 나이? 어떤 치료?
1. 당뇨병					
2. 갑상선 장애					
3. 비만(과체중)					
F. 호흡기 장애					알려진 원인? 어떤 치료?
1. 천식					
2. 폐기종					발병 나이?
3. 결핵					발병 나이? 종류? 신체 어느 부위?
G. 정신 및 행동 장애					발병 나이? 어떤 치료? 입원?
1. 정신분열증 진단					
2. 조울증 진단					
3. 기타 정신병. 필요하면 다른 용지에 설명하십시오.					
4. 알코올 중독 또는 폭음					
5. 약물 사용					종류, 양 및 복용/투약 시기?

I. 귀하, 귀하의 부/모 및 기타 친족 건강력 (계속)

의학적 증세	아니 요	모름	예 본인	예 - 가족/친족 (관계를 구체적으로 기재)	의견
H. 림프 장애:					종류? 발병 나이? 신체 어느 부위?
1. 암					
2. 종양					
3. 낭포성 섬유증					
4. 호지킨병					
I. 신경계 장애:					관련된 신체 부위? 발병 나이?
1. 다발성 경화증					
2. 헌팅턴병					
3. 뇌성마비					
4. 발작 또는 경련					발병 나이? 어떤 치료? 빈도?
5. 간질					
J. 감염, 입원치료					진단?
1. 열을 수반한 감염(알려진 감염)이 계속적으로 발병					
2. 계속되는 심한 감염으로 인해 입원치료 필요					
3. 입원, 수술 또는 상해					무엇 때문에? 언제?
K. 기타 의료 및 건강 문제:					