

**SOLICITUD PARA LA ADOPCIÓN DE UN NIÑO(A)****I. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN****SOLICITANTE 1**

Apellido		Nombre		Nombre que usa en medio		Fecha de nacimiento	Sexo	Raza/Grupo étnico
Nombre de soltera			También conocido como (alias)			Lugar de nacimiento		
Número de licencia de manejar	Número de Seguro Social		Nivel de educación		Estado civil:			
Ocupación	Nombre y dirección del empleador		<input type="checkbox"/> Octavo grado <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria ( <i>high school</i> ) <input type="checkbox"/> Graduado de GED (equivalente a <i>high school</i> ) <input type="checkbox"/> Graduado de escuela técnica/vocacional <input type="checkbox"/> Graduado de colegio universitario de dos años <input type="checkbox"/> Graduado de colegio universitario de cuatro años <input type="checkbox"/> Graduado de posgrado		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Relación doméstica <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado			
Número de teléfono en el trabajo (   )	Número de teléfono celular (   )				Ingresos anuales: \$ _____			
Dirección de correo electrónico (email)					<input type="checkbox"/> Ingresos ganados <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> SSI*/Seguro Social <input type="checkbox"/> Pagos de mantenimiento <input type="checkbox"/> Otros ingresos: \$ _____			

**SOLICITANTE 2**

Apellido		Nombre		Nombre que usa en medio		Fecha de nacimiento	Sexo	Raza/Grupo étnico
Nombre de soltera			También conocido como (alias)			Lugar de nacimiento		
Número de licencia de manejar	Número de Seguro Social		Nivel de educación		Estado civil:			
Ocupación	Nombre y dirección del empleador		<input type="checkbox"/> Octavo grado <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria ( <i>high school</i> ) <input type="checkbox"/> Graduado de GED (equivalente a <i>high school</i> ) <input type="checkbox"/> Graduado de escuela técnica/vocacional <input type="checkbox"/> Graduado de colegio universitario de dos años <input type="checkbox"/> Graduate de colegio universitario de cuatro años <input type="checkbox"/> Graduado de posgrado		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Relación doméstica <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado			
Número de teléfono en el trabajo (   )	Número de teléfono celular (   )				Ingresos anuales: \$ _____			
Dirección de correo electrónico (email)					<input type="checkbox"/> Ingresos ganados <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Asistencia pública <input type="checkbox"/> SSI*/Seguro Social <input type="checkbox"/> Pagos de mantenimiento <input type="checkbox"/> Otros ingresos: \$ _____			

**DIRECCIONES DE LOS SOLICITANTES**

Dirección del hogar	Ciudad	Condado	Código postal	Número de teléfono del hogar (   )
Dirección postal	Ciudad	Condado	Código postal	

## II. HISTORIAL DEL ESTADO CIVIL

Fecha del matrimonio actual/relación doméstica actual		Lugar del matrimonio/relación doméstica (ciudad y estado)		<input type="checkbox"/> Matrimonio <input type="checkbox"/> Relación doméstica	
Matrimonios previos	Nombre de los cónyuges previos	Fecha y lugar del matrimonio	Fecha y lugar del divorcio	Fecha y lugar del fallecimiento	
Solicitante 1					
Solicitante 2					

## III. ANTECEDENTES PENALES

	Solicitante 1	Solicitante 2
<b>A. ¿Alguna vez ha sido arrestado(a) por una ofensa que no sea una infracción menor de las reglas del tráfico?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>B. ¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en California?</b> Usted no tiene que revelar ninguna ofensa relacionada a la marihuana, la cual esté cubierta bajo la reforma en la legislación codificada en las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>C. ¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un delito en otro estado, la corte federal, el servicio militar, o una jurisdicción fuera de los Estados Unidos?</b> Las condenas criminales de otro estado o de la corte federal se consideran igual que las condenas criminales en California.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>D. ¿Alguna vez ha sido reportado(a) a una oficina de servicios para la protección de niños o a una oficina encargada del orden público por una alegación de abuso, descuido, o abandono de un niño?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>E. Anote otros estados donde ha vivido durante los últimos cinco años.</b>	_____	_____
	_____	_____

## IV. HIJOS DEL SOLICITANTE(S)

### HIJOS MENORES DE EDAD DEL SOLICITANTE(S)

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Vive en el hogar Sí/No	¿Lo mantiene usted económicamente? Sí/No	Parentesco con:		Adoptado Sí/No
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1	<input type="checkbox"/> Solicitante 2	
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1	<input type="checkbox"/> Solicitante 2	
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1	<input type="checkbox"/> Solicitante 2	
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1	<input type="checkbox"/> Solicitante 2	
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1	<input type="checkbox"/> Solicitante 2	

### HIJOS ADULTOS DEL SOLICITANTE(S)

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Vive en el hogar Sí/No	¿Lo mantiene usted económicamente? Sí/No	Parentesco con:	Dirección/Número de teléfono	Adoptado Sí/No
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1 <input type="checkbox"/> Solicitante 2		
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1 <input type="checkbox"/> Solicitante 2		
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1 <input type="checkbox"/> Solicitante 2		
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1 <input type="checkbox"/> Solicitante 2		
					<input type="checkbox"/> Solicitante 1 <input type="checkbox"/> Solicitante 2		

**V. OTRAS PERSONAS EN EL HOGAR  
ADULTO(S) Y/O MENOR(ES)**

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Parentesco/relación con el solicitante(s)

**VI. HISTORIAL DE CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL/ADOPCIÓN**

- ¿Tiene usted una licencia para proporcionar cuidado de crianza temporal?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", marque uno:  Condado  Estado/CCL
- ¿Está usted certificado por una agencia para familias de crianza temporal (FFA)?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_
- ¿En el pasado, tuvo usted una licencia o estuvo certificado para proporcionar cuidado de crianza temporal?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_
- ¿En el pasado, usted ha solicitado una adopción?  Sí  No  
Si la respuesta es "Sí", escriba el nombre de la agencia(s): \_\_\_\_\_

**VII. EL NIÑO QUE USTED DESEA**

**SI ACASO SE HA IDENTIFICADO A UN NIÑO :**

¿Vive actualmente el niño en el hogar?  Sí  No

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Condado encargado	Fecha de colocación o futura fecha de colocación	Parentesco o relación con el solicitante(s)	Educación (Nombre y dirección de la escuela y el grado)

**SI NO SE HA IDENTIFICADO A UN NIÑO, POR FAVOR INDIQUE CUÁLES SON SUS PREFERENCIAS:**

Edad o edades	Sexo	Grupo étnico	Hermano(a) (Grupo de)	Marque todas las condiciones que usted está dispuesto a aceptar	
<input type="checkbox"/> 0 a 3 años <input type="checkbox"/> 4 a 8 años <input type="checkbox"/> 9 a 12 años <input type="checkbox"/> 13 a 15 años <input type="checkbox"/> 16 a 18 años	<input type="checkbox"/> Masculino solamente  <input type="checkbox"/> Femenino solamente  <input type="checkbox"/> No tengo preferencia	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio (Indígena de los Estados Unidos de América) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 o más	<input type="checkbox"/> Historial de abuso o negligencia física <input type="checkbox"/> Historial de abuso sexual <input type="checkbox"/> Historial de enfermedad mental <input type="checkbox"/> Medicamento frágil <input type="checkbox"/> Físicamente discapacitado <input type="checkbox"/> Intelectualmente discapacitado	<input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje <input type="checkbox"/> Expuesto al alcohol/drogas <input type="checkbox"/> Comportamiento contrario o desafiante <input type="checkbox"/> Antecedentes desfavorables de los padres <input type="checkbox"/> Diferente religión <input type="checkbox"/> Diferente pasado cultural y/o diferente historial étnico

### VIII. REFERENCIAS

Por favor anote el nombre y la dirección de cuatro personas que tienen conocimiento del ambiente en el hogar de usted y que conocen su estilo de vida y su capacidad para ser un padre/madre adoptivo. Por lo menos dos de estas personas no pueden tener ningún parentesco con usted.

Nombre	Número de teléfono	Dirección para el correo/Ciudad/Estado/Código postal

Instrucciones para llegar a su hogar:

Afirmo (afirmamos) que la información que se proporciona en este formulario es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.

Al firmar esta solicitud, entiendo (entendemos) que se requerirá que mis referencias, mi doctor, y mi empleador completen los formularios rutinarios, que se verificará mi estado civil y económico, y que se llevará a cabo una revisión de mis antecedentes penales.

FIRMA DEL SOLICITANTE 1	FECHA
FIRMA DEL SOLICITANTE 2	FECHA