



La siguiente información le ayudará a llenar la hoja de trabajo adjunta para solicitar su ingreso al Programa de Apoyo a la Adopción y para proporcionar información acerca de las necesidades especiales de su hijo(a) y las circunstancias de su familia. Por favor llene una hoja de trabajo por cada menor para el que presente la solicitud. Cuando esté terminada, el consultor del Programa de Apoyo a la Adopción revisará la hoja de trabajo.

Escriba primero el nombre del menor que será adoptado, sus nombres y la fecha en la que contestan el formulario.

**SECCIÓN 1: NECESIDADES ESPECIALES DEL NIÑO Y GASTOS RELACIONADOS**

Escriba la siguiente información:

- **Necesidades especiales del niño y gastos relacionados** es en donde escribe el nombre del gasto identificado (por ejemplo, baloncesto, equipo adaptativo, herramientas sensoriales, etc.)
- **Gasto mensual** es en donde escribe el gasto mensual total relacionado con las necesidades especiales del niño.
- **Monto aportado por el padre o la madre** es la parte del gasto mensual que su familia podrá aportar después de la adopción.
- **Monto de la asistencia solicitada** es la parte del gasto total para el que su familia solicita el apoyo a la adopción.

Ejemplo: un médico o un profesional de la medicina o la salud mental recomienda actividades extraescolares tales como clases de natación, artes marciales o deportes para ayudar con la motricidad gruesa, las necesidades sensoriales, las relaciones con compañeros u otras necesidades especiales de su niño. Específicamente, su niño se inscribe en taekwondo por \$50 al mes y en un campamento de verano deportivo con un costo de \$840 por 8 semanas\*. Considerando su presupuesto, usted siente que su familia puede cubrir la mitad del costo de estos gastos, y solicita que Apoyo a la Adopción ayude con la otra mitad.

**\*CONSEJO:** Recomendamos que su familia se tome el tiempo para analizar su presupuesto y sus gastos para hacerse una idea realista de la cantidad de recursos financieros que su familia está utilizando mensualmente para satisfacer las necesidades especiales de su niño. Reconocemos que no todos los gastos se hacen de manera mensual, pero estudiar y analizar los gastos de un año puede ayudarle a considerar los gastos que ocurren de manera bimestral, cada seis meses o solamente una vez al año. En el ejemplo anterior, la familia tomaría \$840 divididos entre 12 meses = \$70/mes para este gasto.

<b>Sección 1. Necesidades especiales del niño y gastos relacionados</b>			
NECESIDADES ESPECIALES DEL NIÑO Y GASTOS RELACIONADOS	GASTO MENSUAL	MONTO APORTADO POR EL PADRE O LA MADRE	MONTO DE LA ASISTENCIA SOLICITADA
<b>Taekwondo</b>	<b>\$150</b>	<b>\$75</b>	<b>\$75</b>
<b>Campamento de verano</b>	<b>\$840/año = \$70/mes</b>	<b>\$35</b>	<b>\$35</b>

**SECCIÓN 2: RECURSOS FAMILIARES Y COMUNITARIOS**

Llene esta sección de la manera más completa posible, considerando las partes que se aplican a su familia. Esta sección tiene la intención de proporcionar al Programa de Apoyo a la Adopción la información necesaria para estudiar la capacidad general de su familia para integrar a este niño específico en su hogar después de la adopción, con sus necesidades específicas.

**\*CONSEJOS:**

- La cantidad de personas que se mantienen con los ingresos y recursos del solicitante \*no\* deben incluir a los niños que se encuentren en cuidado de crianza en el hogar. Debe incluir a los niños que se planea adoptar.
- El ingreso bruto mensual es el ingreso antes de impuestos, seguros y otras deducciones.
- Las fuentes adicionales de ingresos pueden incluir manutención para niños, fondos de beneficios del Seguro Social para usted o sus hijos, beneficios para veteranos, ingresos per capita, etc.

**SECCIÓN 3: GASTOS PROMEDIO**

Llene esta sección de la manera más completa posible, considerando las partes que se aplican a su familia. Esta sección también tiene la intención de proporcionar al Programa de Apoyo a la Adopción la información necesaria para estudiar la capacidad general de su familia para integrar a este niño específico en su hogar después de la adopción, con sus necesidades específicas.

- Haga todo lo posible para proporcionar los importes promedio precisos de todos los gastos mensuales, fijos y variables, de los que su familia sea responsable.

- Si tiene otro método para proporcionar el presupuesto de su familia (documento de Word, documento de Excel, etc.) puede adjuntar ese documento en su lugar. También puede adjuntar hojas adicionales a la hoja de trabajo de apoyo a la adopción.

#### **SECCIÓN 4: BENEFICIOS SOLICITADOS**

En esta sección debe identificar si es capaz de adoptar a este niño sin la ayuda del Programa de Apoyo a la Adopción, y si no es así, cuáles de los (4) beneficios del programa solicita. Puede solicitar cualquier combinación de beneficios que mejor se adapte a las necesidades de su familia.

Identifique primero su capacidad para adoptar a este niño sin ayuda del Programa de Apoyo a la Adopción. El Programa de Apoyo a la Adopción está disponible para las familias que no pueden adoptar a un niño sin asistencia del programa. (La mayoría de las familias no pueden adoptar sin recibir al menos (1) de los beneficios provistos).

Después identifique cuáles de los beneficios solicita:

- **Pago mensual en efectivo:** Marque la casilla si lo solicita, e indique el importe en dólares que solicita al programa.
  - El pago mensual en efectivo, si es negociado, no puede exceder del límite estatutario para el pago de manutención de apoyo a la adopción.
- **Costos no recurrentes:** Marque la casilla si lo solicita, e indique el importe en dólares de los costos no recurrentes previstos para los que solicita el reembolso (hasta \$1500.00 por niño).
- **Asesoría psicológica:** Marque la casilla si solicita asistencia para asesoría psicológica preautorizada.
  - Este beneficio puede brindar asistencia financiera para pagar directamente algunos de los costos de proveedores de salud mental que no tengan contrato con Medicaid ni con otro plan de seguro al que usted pueda añadir a sus hijos.
- **Médico:** Marque la casilla si solicita Medicaid según el Título XIX.
  - Si su familia añadirá a los niños a su plan de seguro privado, puede usar a Medicaid como cobertura secundaria.

**\*CONSEJO:** Recuerde que la intención general del Programa de Apoyo a la Adopción es que se combine con los recursos propios de la familia, así como con recursos de la comunidad, para **ayudar** a satisfacer las necesidades ordinarias y especiales del menor. Los pagos en efectivo, y los beneficios en general, son específicos para cada familia y niño.



NOMBRE DEL NIÑO	NOMBRE DE LOS PADRES ADOPTIVOS	FECHA
-----------------	--------------------------------	-------

**Sección 1. Necesidades especiales del niño y gastos relacionados**

NECESIDADES ESPECIALES DEL NIÑO Y GASTOS RELACIONADOS	GASTO MENSUAL	MONTO APORTADO POR EL PADRE O LA MADRE	MONTO DE LA ASISTENCIA SOLICITADA
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

**Sección 2. Recursos familiares y comunitarios**

Escriba los recursos que su familia utiliza actualmente, o los servicios que están disponibles, para compensar los costos adicionales relacionados con el cuidado de su niño. A continuación se muestran algunos ejemplos.

FUENTE	MONTO
<input type="checkbox"/> Ingreso mensual bruto Número de personas que se mantienen con el ingreso: _____	\$
<input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI), Seguro Social (SSA) / Beneficios para veteranos	\$
<input type="checkbox"/> Manutención para niños (para otros niños en el hogar)	\$
<input type="checkbox"/> Copago de guardería de Working Connections	\$
<input type="checkbox"/> Otro:	\$
<input type="checkbox"/> Seguro médico familiar Escriba los proveedores:	
<input type="checkbox"/> Cuidado personal de la Administración de Discapacidades del Desarrollo y/o Medicaid	
<input type="checkbox"/> Birth to Three / Early Head Start / ECEAP / Preescolar para el Desarrollo	

**Sección 3. Gastos promedio**

GASTOS MENSUALES	MONTO	GASTOS MENSUALES	MONTO
Vivienda	\$	Médicos	\$
Servicios básicos y teléfono	\$	Manutención de niños	\$
Alimentos	\$	Préstamos (sin incluir hipotecas o alquileres)	\$
Automóvil	\$	Pagos de tarjetas de crédito	\$
Seguros	\$	Cuidado de dependientes	\$
Seguro médico familiar	\$	Guardería	\$
Gastos educativos	\$	Otro:	\$

**Sección 4. Beneficios solicitados**

El Apoyo a la Adopción es una gama de servicios y apoyos que incluyen: Medicaid según el Título XIX, asesoría psicológica preautorizada, reembolso de costos no recurrentes y un pago mensual en efectivo, si se negocia. ¿Puede adoptar a este niño sin los beneficios del Programa de Apoyo a la Adopción?  Sí  No

Si contestó que no, indique cuáles de los siguientes beneficios solicita:

- Pago mensual en efectivo \$ \_\_\_\_\_ (monto solicitado)
- Reembolso de costos no recurrentes \$ \_\_\_\_\_ (monto indicado en la solicitud)
- Asesoría psicológica preautorizada
- Medicaid según el Título XIX

FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	FECHA
-----------------------------------	-------	-----------------------------------	-------

**Espacio adicional, si se necesita**