

**Aplicación**

**Adopción**

Fecha de la solicitud: \_ \_

Para los hogares del parentesco, enumere por favor los nombres de parentesco; los niños y el nombre y número de teléfono de su trabajador de parentesco:

Fecha en que se colocó el/los niño/a: \_ \_ \_

Cómo llegar a casa:

**Información general**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adulto 1 |  | Adulto 2 |  |
| Nombre legal completo: |  | Nombre legal completo: |  |
| Dirección: |  | Dirección: |  |
|  |  |  |  |
| Condado: |  | Condado: |  |
| Teléfono residencial: |  | Teléfono residencial: |  |
| teléfono celular: |  | teléfono celular: |  |
| Teléfono del trabajo: |  | Teléfono del trabajo: |  |
| Correo electrónico: |  | Correo electrónico: |  |
| Fecha de nacimiento: |  | Fecha de nacimiento: |  |
| Seguridad social #: |  | Seguridad social #: |  |
| Licencias de conducir # y estado de Issue: |  | Licencias de conducir # y estado de Issue: |  |
| Carrera: |  | Carrera: |  |
| Preferencia religiosa: |  | Preferencia religiosa: |  |
| Idiomas que se hablan: |  | Idiomas que se hablan: |  |

**Historia de la residencia durante los últimos 10 años**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Adulto 1 |  |  | Adulto 2 |  |
| Años | Ubicación |  | Años | Ubicación |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Matrimonios previos (nombre anterior (s), fechas de matrimonio (s), fecha (s) de terminación, razón (s) para la terminación)**

Adulto 1:

Adulto 2:

**Matrimonio actual: (**Fecha de matrimonio, apellido de soltera)

**Tengouslos miembros del onoce y los niños que residen actualmente en su hogar. Esto incluiría cualquier perssobre quién vive en su hogar (incluyendo el niño/hijos adoptivos/de crianza).**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre/Relación: |  |
| Dirección: |  |
|  |  |
| Condado: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Seguridad social #: |  |
| Licencias de conducir y estado de Issue: |  |
| Número de teléfono si es diferente |  |
| Dirección de correo electrónico si el niño no vive con usted por más tiempo: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre/Relación: |  |
| Dirección: |  |
|  |  |
| Condado: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Seguridad social #: |  |
| Licencias de conducir y estado de Issue: |  |
| Número de teléfono si es diferente |  |
| Dirección de correo electrónico si el niño no vive con usted por más tiempo: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre/Relación: |  |
| Dirección: |  |
|  |  |
| Condado: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Seguridad social #: |  |
| Licencias de conducir y estado de Issue: |  |
| Número de teléfono si es diferente |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre/Relación: |  |
| Dirección: |  |
|  |  |
| Condado: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Seguridad social #: |  |
| Licencias de conducir y estado de Issue: |  |
| Número de teléfono si es diferente |  |

**Enumere por favor a los niños biológicos/del paso/adoptivos que no están viviendo en su hogar.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Relación con usted: |  |
| Dirección de correo electrónico: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Fecha de nacimiento: |  |
| Relación con usted: |  |
| Dirección de correo electrónico: |  |

**Ingresos por empleo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adulto 1 |  | Adulto 2 |  |
| Empleador: |  | Empleador: |  |
| Dirección: |  | Dirección: |  |
|  |  |  |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Supervisor inmediato: |  | Supervisor inmediato: |  |
| Permiso para contactar: |  | Permiso para contactar: |  |
| Fecha de contratación: |  | Fecha de contratación: |  |
| Salario mensual: |  | Salario mensual: |  |
| Horario de trabajo: |  | Horario de trabajo: |  |
| Título de la posición: |  | Título de la posición: |  |

**Historial de empleo**

Por favor, enumere EMPLhistoria de los últimos diez Años.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adulto 1 |  | Adulto 2 |  |
| Empleador: |  | Empleador: |  |
| Dirección: |  | Dirección: |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Duración del empleo: |  | Duración del empleo: |  |
|  |  |  |  |
| Empleador: |  | Empleador: |  |
| Dirección: |  | Dirección: |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Duración del empleo: |  | Duración del empleo: |  |
| Empleador: |  | Empleador: |  |
| Dirección: |  | Dirección: |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Duración del empleo: |  | Duración del empleo: |  |
| Empleador: |  | Empleador: |  |
| Dirección: |  | Dirección: |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Teléfono: |  | Teléfono: |  |
| Duración del empleo: |  | Duración del empleo: |  |

**Ingreso mensual total del hogar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fuente de ingresos: |  | Cantidad: |  |
| Fuente de ingresos: |  | Cantidad: |  |
| Fuente de ingresos: |  | Cantidad: |  |
| Fuente de ingresos: |  | Cantidad: |  |
| Fuente de ingresos: |  | Cantidad: |  |
|  |  | Monto total: |  |

**Total de gastos mensuales**

|  |  |
| --- | --- |
| Artículo de presupuesto |  |
| Alquiler/hipoteca |  |
| Seguro de coche |  |
| Utilidades |  |
| Pagos de coches |  |
| Provisiones/mandado |  |
| Tarjetas de credito |  |
| Suministros para mascotas |  |
| Entretenimiento |  |
| Ropa |  |
| GasOline factura |  |
| Factura de teléfono celular |  |
| Legal/manutención de menores |  |
| Misceláneos |  |
| Gastos médicos |  |
| Otras facturas |  |
| Total |  |

**Educación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adulto 1 |  | Adulto 2 |  |
| Nivel más alto de educación: |  | Nivel más alto de educación: |  |

**Historia relevante**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Adulto 1 |  | Adulto 2 |
| ¿Usted o cualquier adulto que vive en su casa alguna vez se aplicó a cualquier otra agencia para ser un padre adoptivo? |  |  |  |
| Nombre del organismo: |  |  |  |
| Fecha: |  |  |  |
| Dirección: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Alguna vez se le ha negado a usted o a cualquier adulto que vive en su hogar una licencia de cuidado de crianza o renovación de licencia? |  |  |  |
| En caso afirmativo, explique: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Su hogar está actualmente licenciado, regulado, aprobado u operado por cualquier otra agencia? |  |  |  |
| En caso afirmativo, nombre del organismo: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Alguna vez ha sido arrestado o condenado por un delito grave o una ofensa menor? |  |  |  |
| En caso afirmativo, explique: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Alguna vez ha sido reportado por abuso o negligencia de un niño o niños? |  |  |  |
| En caso afirmativo, explique: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Alguna vez ha sido condenado por abuso o negligencia de un niño o niños? |  |  |  |
| En caso afirmativo, explique: |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Bebes alcohol? Si es así, ¿cuánto y con qué frecuencia? |  |  |  |
| ¿Fuma cigarrillos? |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Posee o guarda alguna mascota en su casa? |  |
| En caso afirmativo, por favor enumere los nombres y tipos de mascotas. |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Posee o guarda armas o proyectiles (p. ej., dardos, flechas, BB) en su casa? |  |
| Si es así, por favor enumere los artículos. |  |
|  |  |

**Normas de licencia afirman que las armas musestar debidamente almacenados y fuera del alcance de los niños. Usted must almacene sus armas y municiones en áreas separadas de doble bloqueo.**

¿Tiene alguien en su hogar dificultades en las siguientes áreas?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Sí |  | NO |
| Trastorno/enfermedad del corazón, los pulmones, el hígado, el páncreas, el colon, la espalda, los huesos, los músculos o las articulaciones? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Trastorno/enfermedad del sistema digestivo, tracto urinario, riñones, sistema reproductivo/infertilidad? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Trastorno inmunitario, SIDA, ACR o trastorno pulmonar crónico? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Accidente cerebrovascular, parálisis, leucemia, cáncer, tumores, trastorno neurológico o convulsivo, artritis o defecto congénito? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Trastorno mental, nervioso o conductual, desequilibrio químico, alcoholismo o abuso de drogas o adicción? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Diabetes? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Presión arterial alta? |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¿Se ha aconsejado a alguien que tenga o haya contemplado tener pruebas diagnósticas, tratamientos (incluyendo medicación), consejería o hospitalización por cualquier condición que no haya sido mencionada o que esté totalmente o parcialmente incapacitada? |  |  |  |

**Por favor proporcione detalles para cualquier respuesta "sí" de la siguiente manera:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | Condición y diagnóstico | Fechas | Tratamiento y resultados |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

**Por favor, enumere cualquier otro serio conocidous enfermedades, desventajas, afecciones crónicas o problemas emocionales, pasados o presentes para todas las personas que viven en el hogar.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Por la presente declaro que la información proporcionada por mí en esta solicitud Adopción es verdadera, exacta y completa a mi leal saber y entender. Doy mi permiso para que cualquiera de esta información sea verificada y entiendo que si alguna de esta información se encuentra que es incorrecta o falsa, esto puede ser uspara terminar cualquier consideración adicional de mi solicitud. Doy mi consentimiento para que cualquier agencia, empleador, empresa, amigo o miembro de la familia sea contactado.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Adulto 1 Fecha Adulto 2 Fecha

Por favor envíe la solicitud completada a:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Angelheart-Round Rock | Angelheart-North Richland Hills | Angelheart-Belton |
| 3001 Joe DiMaggio Blvd Ste 1100 | 9141 Belshire Drive | 5252 South 31st St. |
| Round Rock, Texas 78665 | North Richland Hills, Texas 76182 | Temple, TX 76502 |
| PH: 512-310-9857 FAX 512-310-9531 | PH:817-893-5420 FAX 817- 893-5525 | PH:254-933-7155 FAX: 254-933-7112 |
| Email: [rriojas@ahkids.org](mailto:rriojas@ahkids.org) | [tmedenwald@ahkids.org](mailto:tmedenwald@ahkids.org) | [jcrawford@ahkids.org](mailto:jcrawford@ahkids.org) |