

Aplicación

***PADRE ADOPTIVO/ADOPTIVO***

Gracias por su tiempo y esfuerzo en completar esta aplicación a fondo proporcionando respuestas veraces y detalladas para que podamos revisar, considerar y representar adecuadamente a su familia. Al ser completos y con la elaboración adecuada en sus respuestas sobre estos instrumentos, somos capaces de avanzar a fondo en el proceso con menos retraso, seguimiento y comunicación errónea.

*Gracias de antemano y esperamos poder servirle!*

Fecha de aplicacion:

Requisitos para los candidatos de foster/adopción:

* Al menos 21 años
* Casado por al menos un año o soltero. Los maridos deben completar el proceso juntos de ser verificados.
* Si está divorciado, legalmente divorciado al menos 6 meses.
* Ingreso mínimo: Los candidatos deben tener un ingreso que mantenga las necesidades financieras de su casa.
	+ los ingresos deben cubrir todos los gastos que incluye todas las necesidades básicas y otras obligaciones financieras, como el pago/seguro de un automóvil. La familia debe disponer dos meses de verificación de ingresos. Ejemplos de verificaciones son el estado de cuenta por dos meses, el ultimo recibo de sueldo de dos meses, una declaración de impuestos o otra verificación documentada de los ingresos.
	+ Informe detallado de gastos de la casa.
* Prueba del seguro del propietario.
* La casa está libre de barras antirrobo.

**¿Cuál es su objetivo** (Foster, Adoptar, Foster para Adoptar, o Pariente Cuidador)?

*Para Foster, Foster para Adoptar o Adoptar, por favor describir lo deseado:*

**Rango de edades**: \_\_\_\_\_\_\_ **El sexo**: Varon, Hembra, Cualquiera

**Esta interesado en tener grupos de hermanos?** Sí o No

**Quieres ofrecer servicios de respiro familiar?** Sí o No

**Necesitara servicios de respiro familiar**? Sí o No

Para los hogares Parientes Cuidador, por favor enumere los nombres de los niños kinship y el nombre y número de teléfono de su trabajador de social:

Direcciones para llegar a casa desde Round Rock:

Información general

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adulto 1** |  | **Adulto 2** |  |
| Nombre Legal Completo: |  | Nombre Legal Completo: |  |
| La Dirección: |  | La Dirección: |  |
| El Condado |  | El Condado |  |
| Telefono de Casa |  | Telefono de Casa |  |
| Telefono Movil |  | Telefono Movil |  |
| Telefono del Trabajo |  | Telefono del Trabajo |  |
| Correo Electronico |  | Correo Electronico |  |
| Fecha de Nacimiento |  | Fecha de Nacimiento |  |
| Numero de Seguridad Social |  | Numero de Seguridad Social |  |
| Numero de Licencia de Conducir y el Estado de Proporcionar |  | Numero de Licencia de Conducir y el Estado de Proporcionar |  |
| Raza: |  | Raza: |  |
| Religion preferido |  | Religion preferido |  |
| Idiomas que hablas |  | Idiomas que hablas |  |

Residencia actual

¿Usted alquila o es dueno de su casa?:

Si procede, nombre de la subdivisión o del complejo de apartamentos:

Historia de la Residencia de los últimos 10 años:

Adulto 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha (Mes y año)** | **Dirección** | **Motivo para mudarse** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha (Mes y año)** | **Dirección** | **Motivo para mudarse** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **Adulto 2**

Vehículos propios

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Marca** | **Modelo** | **Numero total de asientos** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Matrimonios anteriores:

Adulto 1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo del cónyuge** | **Fechas del matrimonio** | **Fecha de terminación** | **Motivo de la terminación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Adulto 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo del cónyuge** | **Fechas del matrimonio** | **Fecha de terminación** | **Motivo de la terminación** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Matrimonio actual: (Fecha del matrimonio**)

Incluya cualquier nombre ha usado y si procede el apellido de soltera:

Adulto 1:

Adulto 2:

**Todos los miembros de la casa y incluye ninos.** *Esto incluye cualquier persona que está viviendo en su casa.*

|  |
| --- |
| 1. Nombre/Relación:
 |
| Fecha de nacimiento: |
| Número de Seguro Social: |
| Numero de Licencia de Conducir y el Estado de Proporcionar: |
| Número de teléfono si es diferente |
| Etnia: |
| Nivel de curso: |

2) Nombre/Relación:

Fecha de nacimiento:

Número de Seguro Social:

Numero de Licencia de Conducir y el Estado de Proporcionar:

Número de teléfono si es diferente

Etnia:

Nivel de curso:

3) Nombre/Relación:

Fecha de nacimiento:

Número de Seguro Social:

Numero de Licencia de Conducir y el Estado de Proporcionar:

Número de teléfono si es diferente

Etnia:

Nivel de curso:

4) Nombre/Relación:

Fecha de nacimiento:

Número de Seguro Social:

Numero de Licencia de Conducir y el Estado de Proporcionar:

Número de teléfono si es diferente

Etnia:

Nivel de curso:

Por favor enumere a los niños biológicos/pasos/adoptivos que no viven en su hogar.

|  |
| --- |
| Nombre/Relación: |
| Fecha de nacimiento: |
| Número de teléfono y dirección de correo electrónico |
| Etnia: |
| Nivel de curso/Nivel superior alcanzado: |
| Ocupación: |

|  |
| --- |
| Nombre/Relación: |
| Fecha de nacimiento: |
| Número de teléfono y dirección de correo electrónico |
| Etnia: |
| Nivel de curso/Nivel superior alcanzado: |
| Ocupación: |

|  |
| --- |
| Nombre/Relación: |
| Fecha de nacimiento: |
| Número de teléfono y dirección de correo electrónico |
| Etnia: |
| Nivel de curso/Nivel superior alcanzado: |
| Ocupación: |

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 (bruto): |  | Salario mensual: |  |
| Horario de trabajo: |  | Horario de trabajo: |  |
| Título de la posición: |  | Título de la posición: |  |

Historial de empleo

*Por favor, indique el historial de empleo de los últimos diez años.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adulto 1** |  | **Adulto 2** |  |
| Compania |  | Compania |  |
| Direccion |  | Direccion |  |
| Telefono |  | Telefono |  |
| Fechas de empleo (MesY Año) |  | Fechas de empleo (Mes Y Ano) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Compania |  | Compania |  |
| Direccion |  | Direccion |  |
| Telefono |  | Telefono |  |
| Fechas de empleo (MesY Año) |  | Fechas de empleo (Mes Y Ano) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Compania |  | Compania |  |
| Direccion |  | Direccion |  |
| Telefono |  | Telefono |  |
| Fechas de empleo (MesY Año) |  | Fechas de empleo (Mes Y Ano) |  |

**Ingreso total mensual del hogar** *(Incluya cualquier gobierno u otros recursos financieros que reciba, como SNAP, WIC, TANF)* Por favor, enumere todos los importes DE NET.

|  |  |
| --- | --- |
| Fuente deIngresos:  | Cantidad: |
| Fuente deIngresos:  | Cantidad: |
| Fuente deIngresos:  | Cantidad: |
| Fuente deIngresos:  | Cantidad: |
| Fuente deIngresos:  | Cantidad: |

Ingresos mensuales totales\_

|  |
| --- |
| **Gastos mensuales del hogar** |
|  |  |  |  |
| Pagos de casas/alquileres | **$** | Seguros de Automóviles | **$** |
| Pagos por Otros Bienes Raíces | **$** | Seguro de vida | **$** |
| Pagos de automóviles | **$** | Seguro Médico y Dental | **$** |
| Mantenimiento de gasolina y automóviles | **$** | Cuidado de niños | **$** |
| Teléfono/Teléfono celular/Servicio de Internet | **$** | Pagos de manutención infantil | **$** |
| Abarrotes y suministros para el hogar | **$** | Tarjetas de crédito | **$** |
| Servicios públicos (eléctrico/agua/gas) | **$** | Diezmos y/o contribuciones benéficas | **$** |
| Atención médica(No cubierto por el seguro) | **$** | Préstamos estudiantiles | **$** |
| Odontólogos(No cubierto por el seguro) | **$** | Recreación y Entretenimiento | **$** |
| Pagos de barco/RV/ATV/remolque (especificar): | **$** | Ropa | **$** |
| Servicio de TV por cable/satélite | **$** | Préstamos personales o de día de pago | **$** |
| Legal (honorarios judiciales, honorarios de abogados, pensión alimenticia, etc.) | **$** | Gastos de mascotas/animales | **$** |
| Impuestos: | **$** | Otras deudas/gastos (especificar): | **$** |

Escuelas de Educación Atendidas

|  |  |
| --- | --- |
| **Adulto 1** | **Adulto 2** |
| **Nombre de la escuela secundaria y/o grado más alto completado:** | **Fecha de** graduación: | **Nombre de la escuela secundaria y/o grado más alto completado:** | **Fecha de** graduación: |
| **Pregrado:** | **Grado:** | **Fecha de** graduación: | **Pregrado:** | **Grado:** | **Fecha de** graduación: |
| **Graduado:** | **Grado:** | **Fecha de** graduación: | **Graduado:** | **Grado:** | **Fecha de** graduación: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Adulto 1** | **Adulto 2** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Historia relevante

¿Alguna vez ha sido arrestado o condenado

de un delito o delito menor?

En caso afirmativo, explique:

¿Alguna vez ha sido reportado por abuso o

descuido de un niño o niños?

En caso afirmativo, explique:

¿Alguna vez ha sido condenado por abuso o

descuido de un niño o niños?

En caso afirmativo, explique:

¿Bebes alcohol? Si es así, ¿cuánto y

¿con qué frecuencia?

¿Fuma cigarrillos?

¿Tienes o guardas mascotas en tu casa?

En caso afirmativo, indique los nombres. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tienes pistolas, proyectiles, dardos, flechas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuales? En caso afirmativo, enumere los elementos y describa cómo se almacena cada uno

\*Las Normas de Licencia establecen que las armas deben almacenarse adecuadamente y estar fuera del alcance de los niños. Debe guardar sus armas y municiones en áreas separadas con doble bloqueo.

¿Alguien en su hogar ha tenido dificultades en las siguientes áreas?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sí |  | NO |
| * Trastorno/enfermedad del corazón, pulmones, hígado, páncreas, colon, espalda, huesos, músculos o articulaciones?
 |  |  |
| * Trastorno/enfermedad del sistema digestivo, tracto urinario, riñones, sistema reproductivo /infertilidad?
 |  |  |
| * ¿Trastorno inmune, SIDA, ACR o trastorno pulmonar crónico?
 |  |   |
| * Accidente cerebrovascular, parálisis, leucemia, cáncer, tumores, neurológico o convulsivo

trastorno, 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 medicamentos), asesoramiento u hospitalización

para cualquier condición no mencionada o ¿alguna está totalmente o parcialmente inhabilitada? |  |  |

Proporcione los detalles de las respuestas "SI" de la siguiente manera:

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

Por favor enumere cualquier otra enfermedad grave conocida, discapacidades, condiciones crónicas o problemas emocionales, pasados o presentes, para todas las personas que viven en el hogar.

¿Tiene actualmente seguro médico, a través del empleo u otros medios?

Adulto 1:

Adulto 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Referencias:

**Enumere dos referencias de soporte que conoce desde hace un mínimo de tres años.** *(Una referencia de apoyo es una persona a la que usted llamaría en caso de una emergencia, si está enfermo y necesita ayuda, o que puede ayudar a cuidar a los niños en ocasiones.)*

|  |
| --- |
| **#1 de referencia** |
| Número: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| Relación: |
| Dirección de correo electrónico: |

|  |
| --- |
| **#2 de referencia** |
| Número: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| Relación: |
| Dirección de correo electrónico: |

**Enumere dos referencias de comunidad:** *(Esto incluiría un vecino, pastor, líder comunitario, compañero de trabajo, maestro, etc.)*

|  |
| --- |
| **#1 de referencia-** |
| Número: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| Relación: |
| Dirección de correo electrónico: |

|  |
| --- |
| **#2 de referencia-** |
| Número: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| Relación: |
| Dirección de correo electrónico: |

**Por favor, enumere dos referencias relativas de la familia.** *(Proporcione 2 nuevos parientes que aún no estén listados anteriormente.)*

|  |
| --- |
| **#1 de referencia-** |
| Número: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| Relación: |
| Dirección de correo electrónico: |

|  |
| --- |
| **#2 de referencia-** |
| Número: |
| Dirección: |
| Teléfono: |
| Relación: |
| Dirección de correo electrónico: |

¿Usted o algún adulto que vive en su hogar alguna vez ha solicitado a cualquier otra agencia ser un padre adoptivo? Sí o No

Nombre de la agencia: Fecha:

Dirección:

¿Alguna vez se le ha negado a usted o a algún adulto que vive en su casa una licencia de cuidado temporal o una renovación de la licencia? Sí o No

En caso afirmativo, explique:

¿Su casa está actualmente autorizada, regulada, aprobada u operada por cualquier otra agencia?

Sí No En caso afirmativo, nombre de la agencia:

Identifique a las personas que pueden brindar apoyo a su hogar, como cuidador para ahogar a sus hijos en caso de un evento o crisis inesperado, como una enfermedad o discapacidad de un padre adoptivo, la pérdida del transporte o la muerte de un familiar inmediato.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre completo** | **Relación** | **Número de teléfono** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre completo** | **Relación** | **Número de teléfono** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Identifique a las personas que son visitantes frecuentes, definidas como visitantes que están en su casa dos o más veces al mes.** *(familia, amigos, vecinos, et*

Por la presente declaro que la información proporcionada por mí en esta solicitud para el padre adoptivo es verdadera, precisa y completa a mi leal saber y entender. Doy mi permiso para que cualquiera de esta información sea verificada y entiendo que si cualquiera de esta information se encuentra inexacta o falsa, esto puede ser utilizado para terminar cualquier consideración adicional de mi solicitud. Doy mi consentimiento para que cualquier agencia, empleador, empresa, amigo o familiar 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: lmiller@ahkids.org or dboase@ahkids.org  | tmedenwald@ahkids.org   | mwillis@ahkids.org |