

**ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE
SOLICITUD PARA REEMBOLSO DE
COSTOS NO REPETITIVOS DE ADOPCIÓN**

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: La información personal solicitada en este formulario se utilizará para determinar el derecho a costos de una adopción única bajo el Programa de Asistencia para Adopción Título IV-E administrado por el departamento de Salud y Servicios Humanos. Toda la información personal en este formulario se tratará como confidencial de conformidad con N.C.G.S. 48-9-102.

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA DEL CONDADO

Número de caso	Fecha de la solicitud	Recibida por
----------------	-----------------------	--------------

SECCIÓN I – INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

Nombre de la Madre adoptiva (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)		Número de Seguro Social	
Nombre del Padre adoptivo (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)		Número de Seguro Social	
Dirección (número de casa, calle, ciudad, código postal)		Condado	
Nombre del niño(a) para el que se hace la solicitud (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)	Fecha nacimiento	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Número de Seguro Social

SECCIÓN II -- DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Nosotros (Yo), los suscritos, aplicamos para el reembolso de costos no repetitivos para afectar la colocación adoptiva de el niño(a) mencionado anteriormente que se ha determinado como "un niño con necesidades especiales". Nosotros (Yo) entiendo (entendemos) que el reembolso está limitado a un máximo de \$2,000.00.
Nosotros (Yo) entiendo (entendemos) que la aprobación de nuestra (mi) solicitud se basa en el cumplimiento de los tres (3) requisitos siguientes de elegibilidad:

A. El niño(a) debe cumplir con los tres (3) requisitos enumerados a continuación para ser determinado como "necesidades especiales".

1. El niño(a) es considerado(a) ser un niño(a) con necesidades especiales y en necesidad de asistencia para adopción debido a una o más de las condiciones siguientes:

(Marque las que aplican).

- El niño(a) es miembro de un grupo de hermanos que necesita una colocación para estar juntos.
- Edad del niño(a);
- Origen étnico o miembro en ciertos grupos minoritarios; o

El niño(a) tiene una o más de las siguientes desventajas como se determina y se documenta por un médico con licencia:

- Condición médica; Desventaja física; Incapacidad mental o Incapacidad emocional
- Alto riesgo para incapacidad emocional, mental, física o médica debido a un factor hereditario, congénito u otro

2. Complete (a) o (b) a continuación dependiendo de si se realizaron esfuerzos razonables o no.

(a). Esfuerzos razonables pero sin éxito se han realizado para colocar al niño(a) sin proporcionar asistencia para la adopción.

(Marque las que aplican).

- Familias adoptivas aprobadas revisadas disponibles;
- Niño(a) registrado en NCKIDS u otros intercambios de adopción adecuados;
- Niño(a) presentado utilizando varias técnicas de reclutamiento (TV, periódicos, afiches, picnic de adopción, fiestas de adopción, etc.);
- Falta de familias interesadas, adecuadas, aprobadas disponibles que cumplan con las necesidades del niño(a) sin asistencia para adopción;
- Utilización de los servicios de Agencias de Contrato Estatal o
- Otro (*especifique*) _____

(b) No se realizaron esfuerzos razonables para colocar al niño(a) sin el uso de asistencia para adopción debido a que eso iría en contra del bien del niño(a). (Marque las que aplican).

- El niño(a) ha desarrollado un vínculo emocional significativo con el Padre/Madre sustituto;
- El Padre/Madre sustituto ha expresado el deseo de adoptar al niño(a) y el niño cumple con los requisitos de elegibilidad;
- Un pariente adecuado está disponible
- Otro (*especifique*) _____

3. El niño(a) adoptado(a) o para ser adoptado(a) no puede o no debe ser regresado al hogar de sus padres biológicos.

Marque uno para cada padre biológico. (*Adjunte copia de los documentos*)

(a). Madre biológica

- La Corte ordenó la terminación de los derechos de patria potestad; Muerte del Padre/Madre;
- Abandono de la Madre biológica o Decreto de Adopción

(b) Padre biológico

- La Corte ordenó la terminación de los derechos de patria potestad; Muerte del Padre/Madre;
- Abandono de la Madre biológica o Decreto de Adopción

B. Si se realizó una colocación interestatal de conformidad con las leyes locales, Estatales y Federales y en cumplimiento con el Convenio Interestatal en la Colocación de Menores u otra ley estatal aplicable en relación a la colocación interestatal de menores. Sí No

GASTOS EFECTUADOS POR LA MADRE/PADRE ADOPTIVA(A) (El reembolso no debe exceder \$ 2,000.00. Adjunte los documentos de comprobación)			
Gasto	Cantidad	Gasto	Cantidad
Honorarios de abogados	\$	Honorarios de la Agencia de adopción	\$
Examen psicológico	\$	Costos de la corte	\$
Alojamiento (sujeto a pautas estatales)	\$	Comidas <i>(sujeto a pautas estatales)</i>	\$
Certificado de nacimiento	\$	Millaje <i>(sujeto a pautas estatales)</i>	\$
Examen médico	\$	Otros gastos relacionados con la adopción <i>(Especifique. utilice papel adicional para enumerar los gastos, si es necesario)</i>	\$
<p>Nosotros (Yo) comprobamos que los gastos enumerados anteriormente son costos de adopción necesarios y razonables relacionados directamente con la adopción legal del niño(a) mencionado(a) anteriormente con necesidades especiales. Los gastos reportados los efectuó el Padre/Madre adoptivo(a) y no están en violación de leyes federales o estatales. No se ha realizado ningún reembolso de otras fuentes o fondos. Nosotros (Yo) reclamamos (reclamo) el reembolso por la cantidad total de _____ en completar esta adopción.</p>			
Firma de la Madre adoptiva _____		Número de Seguro Social de la Madre adoptiva _____	Fecha _____
Firma del Padre adoptivo _____		Número de Seguro Social del Padre adoptivo _____	Fecha _____
Beneficiario(s) autorizado(s) _____			
<p>Yo afirmo a mi leal saber y entender que _____ <input type="checkbox"/> ha <input type="checkbox"/> no ha cumplido con requisitos de elegibilidad y Nombre del niño(a) <input type="checkbox"/> se ha <input type="checkbox"/> no se ha determinado como un niño(a) con "necesidades especiales".</p>			
Firma del Trabajador Social _____		Cargo _____	
Agencia de Adopción _____		Fecha _____	
DETERMINACIÓN DEL RECLAMO DE REEMBOLSO			
<input type="checkbox"/> Aprobación del reembolso del reclamo		<input type="checkbox"/> Denegación del reembolso del reclamo	
Razón para la denegación del reembolso del reclamo: _____			
Firma del representante de la Agencia _____		Fecha _____	
PARA REEMBOLSO DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)			
ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO Y DOCUMENTOS DE COMPROBACIÓN A:			
<i>(Anexe la etiqueta de dirección postal o información completa)</i>			
_____ Departamento de Servicios Sociales			
_____ Dirección postal			
_____ Ciudad		_____ Estado Código postal	