ACUERDO DE COMPROMISO DE CUSTODIA

Apendice 3L
REV 10/12
Página 1 de 2

en (ciudad)					
		, (código postal)	, en _		
		, Kansas.			
Rec	onozco y co	mprendo los siguientes hechos:			
(1)	Un emplea	ado de (Proveedor de Administración de Caso de	e Bienestar		
Infantil)		discutió conmigo la opo	rtunidad de convertirme en el		
custo	odio permane	ente para un niño de nombre	(el "Niño"), nacido en		
	; qu	ue actualmente vive en (domicilio) _	en (ciudad)		
		, (código postal)	, en _		
Cond	dado	, Kansas.			
(2)	El objetivo	actual de permanencia del niño es Cu	ustodia Permanente.		
(3)	(Proveedor de	e Administración de Caso de Bienestar Infantil)	discutió conmigo la		
posil	oilidad de coi	nvertirme en el custodio permanente y	el papel de un custodio		
perm	nanente en la	a vida de un niño.			
(4)	He conside	erado la información acerca de la posi	bilidad de convertirme en el		
custo	odio permane	ente del Niño y he decidido que deseo	entrar en una relación permanente		
legal	mente recon	ocida y vinculante como custodio perr	manente del Niño. Es mi intención		
hace	er un seguimi	ento con (Proveedor de Administración de Cas	o de Bienestar Infantil)		
_		para comenzar con el proceso neces	ario para convertirme en el custodio		
perm	nanente del N	liño. Comprendo que nada de lo expre	esado en este documento garantiza		
que	yo calificaré	para convertirme en el custodio perma	anente del Niño o que completaré		
satis	factoriament	e el proceso para convertirme en un c	ustodio permanente o que la Corte		
even	itualmente m	e designará como el custodio perman	ente del Niño.		
(5)	He firmado	o esta Declaración en forma voluntaria	ı.		
CUS	TODIO PER	MANENTE POTENCIAL:			
Firm	ado:		Fecha:		
	icilio Reside	ncial:			
Ciud	ad	Estado Có	odigo Postal		

CUSTODIO PERMANENTE POTENCIAL:

Estado de Kansas
Departamento para Niños y Familias
Servicios de Prevención y Protección

ACUERDO DE COMPROMISO DE CUSTODIA

Apéndice 5L REV 10/12 Página 2 de 2

	ACUERDO DE COMPROMISO DE CUSTOI		_Fecha:	2
Domicilio Residencial:				
Ciudad	Estado 	Código Postal		
Joven (Si tiene 10 años d	E EDAD O MÁS)			
Firmado:			_Fecha:	
Domicilio Residencial:				
Ciudad	Estado	Código Postal		
Administrador de Caso (Infantil	DE PROVEEDOR DE ADMIN	IISTRACIÓN DE CASC	D DE BIENESTAR	
Firmado:		Fech	na:	

