

ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA DE ADOPCIÓN

Nombre del niño _____ Fecha nacimiento: _____ ID del Cliente: _____

Sección A: Establecer Elegibilidad para Asistencia de Adopción (Referencia PPM Sección 6210)

1. ¿Está el niño legalmente libre para adopción y bajo la custodia del Secretario del Departamento de Niños y Familias de Kansas (DCF) o de una agencia privada de colocación de niños, con licencia? Sí No

2. ¿Está presente la documentación que muestra que el niño no puede o no debe regresar a casa? Sí No

(Adjunte toda la documentación utilizada para determinar que el niño no puede regresar a casa.)

	Padre 1	Padre 2
Entrada en el diario que documenta la terminación de ambos derechos parentales (TPR); o,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entrada en el diario que documenta que el niño no puede regresar a casa; o,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renuncia por ambos padres a DCF o agencia privada, en lugar de TPR; o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renuncia por ambos padres a una agencia privada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Padre fallecido – fecha de fallecimiento: _____

3. ¿Tiene el niño uno o más de los siguientes factores o condiciones específicos? Sí No

(Vinculando uno o más factores a la necesidad de asistencia)

	Primario (elegir uno)	Otros
a. Discapacidad física _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Discapacidad de desarrollo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Discapacidad de comportamiento/emocional _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Edad del niño _____ (12 años o mayor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Miembro de un grupo de tres hermanos o más colocados juntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dos hermanos colocados juntos – otro hermano tiene un factor específico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Pronóstico reservado – sin síntomas actuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Otra condición médica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notas/Comentarios: _____

4. ¿Se hicieron esfuerzos razonables pero infructuosos para colocar sin asistencia de adopción? Sí No

(Marque todo lo que corresponda. Al menos 1 casilla marcada muestra que se hicieron esfuerzos razonables.)

- Este criterio no es aplicable para el niño que es adoptado por un pariente o una familia de crianza temporal con quien el niño tiene una relación significativa.
- Se hicieron referencias del niño a intercambios de adopción estatales y nacionales.
- Se desarrolló un plan de reclutamiento individual para este niño.
- Se hicieron iniciativas especiales de reclutamiento, como televisión o periódico, para este niño.
- La familia seleccionada no puede adoptar sin asistencia.

ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA DE ADOPCIÓN

Nombre del niño

Fecha
nacimiento:

ID del
Cliente:

Resultados de la Sección A: ¿El niño califica para asistencia de adopción? (todas las respuestas "sí" Sí No anteriores)

Las respuestas a todas las preguntas anteriores DEBEN ser afirmativas para cumplir con los criterios para la determinación de necesidades especiales.

Sección B-1: Determinar la financiación básica/admón. (Referencia PPM Sección 6220)

1. ¿Era el niño Título IV-E básico elegible en el hogar de crianza temporal? Sí (posible FDFD; continuar) No (continuar)
2. ¿Era el niño elegible para SSI antes de la finalización de la adopción? Sí (posible FDFD; continuar) No (continuar)
3. ¿Es el padre del niño un menor que cumple con los criterios de costo de cuidado IV-E? Sí (posible FDFD; continuar) No (continuar)
4. ¿Era elegible el niño Título IV-E en una adopción previa que se disolvió? Sí (posible FDFD; ir a B.2) No (continuar)
5. ¿Cumple el niño con todas las condiciones (a,b,c) a continuación para fomentar conexiones? Sí (posible FDFD; ir a B.2) No (fondo STST)
 - a. El niño cumple las pautas de ciudadanía. Comprobar si es Verdadero
 - b. La orden judicial de FC contiene lenguaje "contrario al bienestar". Comprobar si es Verdadero
 - c. El niño cumple al menos uno de los criterios de edad. (marque todo lo que corresponda) Comprobar si es Verdadero
 Cumplió con los requisitos de edad (ha alcanzado la edad de 2 años al final del FY del inicio del Acuerdo AA).

El niño tiene un hermano que cumple con los criterios de "edad" o "meses en FC" Y se les coloca en la misma ubicación adoptiva.

Nombre del hermano:

Sección B-2: Determinar la Financiación del Pago/Mantenimiento (Referencia PPM Sección 6220)

1. ¿Los padres adoptivos aceptaron dar las huellas digitales y pasaron el criterio de condena por delito? Sí (continuar) No (fondo STST)
2. ¿El niño asiste a la escuela? N/A (continuar) Sí (continuar) No (fondo STST)

Determinación de Financiación Básica/Admón.

(Elegir Uno)

Determinado por: (escribir nombre)

Región:

Firma de Especialista/Designado de CPS

Fecha

Firma de Supervisor

Fecha

(Para ser completado por el Especialista de Elegibilidad)

Acuerdo de Colocación Firmado:

Asistencia de Adopción
Firmado:

ELEGIBILIDAD PARA ASISTENCIA DE ADOPCIÓN

Nombre del niño

Fecha
nacimiento:

ID del
Cliente:

Asistencia de Adopción Efectiva:

Financiación de Asistencia de Adopción: FOCA/ASPD
Elegir Uno

Toda la documentación de respaldo para la elegibilidad debe estar en el archivo de Elegibilidad de Asistencia de Adopción.

