

## 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)

- ¿Era el niño Título IV-E básico elegible en el hogar de crianza temporal?  Sí (posible FDFD; continuar)  No (continuar)
- ¿Era el niño elegible para SSI antes de la finalización de la adopción?  Sí (posible FDFD; continuar)  No (continuar)
- ¿Es el padre del niño un menor que cumple con los criterios de costo de cuidado IV-E?  Sí (posible FDFD; continuar)  No (continuar)
- ¿Era elegible el niño Título IV-E en una adopción previa que se disolvió?  Sí (posible FDFD; ir a B.2)  No (continuar)
- ¿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)
  - El niño cumple las pautas de ciudadanía.  Comprobar si es Verdadero
  - La orden judicial de FC contiene lenguaje "contrario al bienestar".  Comprobar si es Verdadero
  - 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)

- ¿Los padres adoptivos aceptaron dar las huellas digitales y pasaron el criterio de condena por delito?  Sí (continuar)  No (fondo STST)
- ¿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.

---

