

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
 Division of Children, Youth and Families (*División de Niños, Jóvenes y Familias*)
EVALUACIÓN DE LA TARIFA DE SUBSIDIO PARA ADOPCIÓN

NOMBRE DEL MENOR (<i>Apellido, nombre, S.I.</i>)		FECHA DE NACIMIENTO
EDAD AL MOMENTO DE LA ADOPCIÓN	ADOPCIÓN DE HERMANOS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	CANTIDAD ACTUAL DE SUSTENTO \$

1. ¿Su hijo tiene retraso o discapacidad del desarrollo o discapacidad física o alguna afección médica que impide sus habilidades en la vida diaria o en el cuidado personal? SÍ NO

1.1 ¿Su hijo recibe servicios de la División de Discapacidades del Desarrollo? SÍ NO

Especifique el tipo de afección: _____

Explique cómo impidan las habilidades en la vida diaria y el cuidado personal:

2. ¿Su hijo tiene una discapacidad cognitiva?..... SÍ NO

Especifique el diagnóstico:

 - Autismo
 - Retraso mental leve
 - Retraso mental moderado
 - Retraso mental grave
 - Otro: _____
3. ¿Su hijo tiene una discapacidad motriz significativa que requiere el uso de un dispositivo mecánico (esto es, una silla de ruedas)?..... SÍ NO

Especifique el tipo de dispositivo: _____

3.1 ¿Su hijo necesita ayuda para trasladarse de un lugar a otro? SÍ NO

Describa la ayuda que su hijo necesita: _____

4. ¿Su hijo tiene una enfermedad crónica por lo cual requiere citas médicas inusuales o prolongadas? SÍ NO

Especifique la afección: _____

Número de citas por mes: _____
5. ¿Su hijo tiene una afección médica grave que necesita frecuente cuidado médico, vigilancia, hospitalizaciones y suministros o equipos que se requiere médicamente?..... SÍ NO

Especifique la afección: _____

Frecuencia del tratamiento: _____

¿Quién da el tratamiento?: _____
6. ¿Su hijo toma medicamentos? SÍ NO

¿Para que tipo de afección(es): _____

¿Con qué frecuencia? _____
7. ¿Su hijo requiere una dieta especial? SÍ NO

¿Para qué tipo de afección: _____

Explique: _____
8. ¿Su hijo requiere educación especial o tiene problemas en la escuela? SÍ NO

8.1 ¿Su hijo tiene un Plan Educativo Personalizado (IEP por sus siglas en inglés) o el Plan 504? SÍ NO

Explique: _____

9. ¿Su hijo tiene un trastorno de salud mental o de conducta que necesita tratamiento? SÍ NO
 Especifique el trastorno _____
- 9.1 ¿Su hijo presenta comportamientos agresivos o destructivos? SÍ NO
- 9.2 ¿Su hijo presenta comportamientos desafiantes de insubordinación graves? SÍ NO
- 9.3 ¿Su hijo presenta un comportamiento hiperactivo grave? SÍ NO
- 9.4 ¿Su hijo presenta un comportamiento sexual impulsivo? SÍ NO
- 9.5 ¿Su hijo presenta un comportamiento de desviación sexual o un comportamiento ofensivo? SÍ NO
- Describe el comportamiento de su hijo: _____
- _____
- _____

10. ¿Su hijo tiene alguna participación delictiva o judicial? SÍ NO
- 10.1 ¿Su hijo es un delincuente o se encuentra detenido? SÍ NO
- Explique: _____
- _____

11. ¿Su hijo participa en alguna terapia? SÍ NO
- | ¿Qué tipo? | ¿Frecuencia? | ¿Lugar? | ¿Terapeuta? |
|---|--------------|---------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Física | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ocupacional | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Salud conductual o mental (1era) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Salud conductual o mental (2da) | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Intensiva domiciliaria | _____ | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | _____ | _____ | _____ |

12. Describa cualquier otro cuidado, la supervisión, el tiempo o los gastos necesarios para cuidar a su hijo.

Yo/nosotros, el/los abajo firmante/s, declaro/amos que la información contenida en este documento es verdadera, correcta y completa según mi/nuestro leal saber y entender.

NOMBRE DE LA MADRE ADOPTIVA (<i>Escriba en letra de molde</i>)	FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA
NOMBRE DEL PADRE ADOPTIVO (<i>Escriba en letra de molde</i>)	FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA
NOMBRE DEL GERENTE DE CASO DE ADOPCIÓN (<i>En letra de molde</i>)	FIRMA DEL GERENTE DE CASO DE ADOPCIÓN	FECHA

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.