

**AUTORIZACIÓN DE LA MADRE/PADRE BIOLÓGICO PARA
 COMPARTIR INFORMACIÓN IDENTIFICADORA**

RECIBO DE INFORMACIÓN IDENTIFICADORA SOBRE LA MADRE/PADRE ADOPTIVO(S)

- No quiero recibir información identificadora que la madre/padre adoptivo(s) haya provisto sobre sí misma(o)
- Quiero recibir información identificadora que la madre/padre adoptivo(s) haya provisto sobre sí misma(o).
 - Quiero recibir **toda** la información identificadora que haya provisto la madre/padre adoptivo(s).
 - Quiero recibir **solamente la siguiente** información identificadora que por la madre/padre adoptivo(s) han provisto.
 Entiendo que esta información se ha provisto con el consentimiento de la madre/padre adoptivo(s).

ENTREGA A LA MADRE/PADRE ADOPTIVO(S) DE INFORMACIÓN IDENTIFICADORA SOBRE LA MADRE/PADRE BIOLÓGICO

- No quiero compartir información que me identifique con la madre/padre adoptivo(s).
- Doy mi permiso para entregar la siguiente información que me identifica a la madre/padre adoptivo(s).
 Entiendo que la madre/padre adoptivo(s) tal vez no haya accedido a compartir información identificadora sobre sí misma(o), o que tal vez no haya accedido a compartir el mismo tipo de información.

Indique **la información sobre usted misma(o)** que usted quiera compartir con la madre/padre adoptivo(s).

Nombre del niño(a) adoptivo al nacer _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

Nombre de usted _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____

El domicilio suyo
 (Núm., calle, ciudad, estado, ZIP) _____

El teléfono suyo (Casa) _____ (Trabajo) _____

Escriba o incluya a continuación cualquier información que usted quiera compartir con la madre/padre adoptivo(s).

Vea el reverso para la declaración de EOE/ADA

He recibido una copia de la Autorización de la Madre/Padre Adoptivo(s) para Compartir Información (FC-173-S) o la información que fue disponible, lo que he pedido arriba, llenado por la madre/padre adoptivo(s).

Firma de la madre/padre biológico _____

Fecha _____

Firma del testigo _____
(Representante de la agencia)

Fecha _____

SUBSCRIBED AND SWORN before me on this _____ day of _____ 20 _____

My commission expires _____
Date

Notary Public

Address (Street, No., City, State, ZIP)

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades - Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales 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 una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, 602-542-3598; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. – English is available on-line or in your local office.