

FOR AGENCY USE ONLY / SÓLO PARA USO DE LA AGENCIA

Date Form Requested	Date Form Mailed / Given	Date Form Returned
---------------------	--------------------------	--------------------

ADOPTION ASSISTANCE REQUEST

One copy of this form must be completed by the adoptive parent for each child for whom assistance is requested. Complete all items. RETURN THIS REQUEST TO:

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN

Los padres adoptivos tienen que llenar una de estas solicitudes para cada niño para quien soliciten asistencia. Dé toda la información que se pide. DEVUELVA ESTA SOLICITUD A:

I. IDENTIFYING INFORMATION / INFORMACIÓN IDENTIFICADORA

Man's Name (Last, First, Middle) Nombre del hombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Date of Birth Fecha de nacimiento	Occupation Profesión	Telephone No. (Work) Teléfono (Trabajo)	Social Security No. Núm. de Seguro Social
Woman's Name (Last, First, Middle) Nombre de la mujer (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Date of Birth Fecha de nacimiento	Occupation Profesión	Telephone No. (Work) Teléfono (Trabajo)	Social Security No. Núm. de Seguro Social
Email address / Correo electrónico	Man's Cell Phone No. / Celular del hombre	Woman's Cell Phone No. / Celular de la mujer	Telephone No. (Residence) Teléfono (domicilio)	
Mailing Address (Street or P.O. Box, City, State, ZIP) Dirección postal (Calle o Apartado postal, Ciudad, Estado, Código postal)		Residence Address (if different)/Dirección de domicilio (si es diferente)		
Child's Adoptive Name (Last, First, Middle) Nombre adoptivo del niño (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Date of Birth Fecha de nacimiento	Social Security No. Núm. de Seguro Social	Total Number of Household Members: Número total de personas de la casa:	

II. ASSISTANCE BEING REQUESTED

CHECK ALL THAT APPLY

This request is for:

- Monthly Financial Assistance
- Medicaid and/or Nonrecurring Adoption Expenses
- A Deferred Agreement (Note: A deferred agreement is used when parents of an eligible child can currently meet the child's needs but may need assistance with the child's needs in the future.)

II. ASISTENCIA SOLICITADA

MARQUE TODAS LAS QUE SEAN PERTINENTES

Esta solicitud es para:

- Asistencia económica mensual
- Medicaid y Gastos de adopción que no se repiten
- Un acuerdo de aplazamiento (Nota: el acuerdo de aplazamiento se usa cuando los padres de un niño que llena los requisitos pueden, en la actualidad, satisfacer las necesidades del niño, pero que tal vez necesiten ayuda con las necesidades del niño en el futuro).

III. HEALTH COVERAGE /COBERTURA MÉDICA

Will you have medical insurance coverage, other than Medicaid, for this child?

¿Tendrá cobertura de seguro médico para este niño, aparte de Medicaid? Yes/Sí No

If “Yes,” complete the following-include Blue Cross-Blue Shield, CHAMPUS, etc.: (Attach an additional sheet if necessary.)
 Si contesta “Sí”, dé la siguiente información, incluya por ejemplo Blue Cross-Blue Shield, CHAMPUS, etc.: (Si necesita más espacio, adjunte otra página).

Insurance Company Name/Nombre de la compañía de seguros			Effective Date of Child’s Coverage / Fecha inicial de la cobertura del niño
Address (Street or P.O. Box, City, State, ZIP)/Dirección (Calle o Apartado postal, Ciudad, Estado, Código postal)			
Policy No./Núm. de póliza	Group No./Núm. de grupo	Name of Policy Holder/Nombre del titular de la póliza	Employment Related? / ¿Está relacionada con el empleo? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No
If employment related, give employer’s name and address:/Si está relacionada con el empleo, dé el nombre y la dirección del empleador:			

I understand that if the child is eligible for medical care coverage through Medicaid, by state law, the right to financial recovery from personal insurance and other recovery resources, or compensation for personal injuries caused by negligence or wrong doing of another is automatically assigned to the state of Texas. This allows the state to cover costs of medical services paid by the Medicaid program.

Comprendo que, por ley estatal, si el niño llena los requisitos para recibir cobertura médica por medio de Medicaid, automáticamente se concede al Estado de Texas el derecho que tenga éste a compensaciones financieras de una compañía de seguro comercial y de otras fuentes, o compensaciones por lesiones personales causadas por la negligencia o la mala acción de otra persona. Esto permite que el estado cubra los costos de los servicios médicos que paga el programa de Medicaid.

I have been advised and understand that this request will be considered without regard to race, color, religion, creed, national origin, age, sex, disability, or political belief. I understand that I may request a fair hearing if this request is denied or is not acted upon within a reasonable time.

Me han avisado y comprendo que esta solicitud será procesada sin distinción de raza, color, religión, credo, origen nacional, edad, sexo, discapacidad o creencias políticas. Comprendo que puedo pedir una audiencia imparcial si esta solicitud se niega o no se tramita dentro de un tiempo razonable.

If this case is selected for review, I give consent for the Texas Department of Family and Protective Services (FPS) to obtain information from any source to verify the statements I have made.

Si escogen este caso para una revisión, autorizo al Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (FPS) a obtener información de cualquier fuente para verificar las declaraciones que he hecho.

My answers to all questions and the statements I have made are true and correct to the best of my knowledge and belief.

Las respuestas que he dado a todas las preguntas y las declaraciones que he hecho son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Signature - Man/Firma-Hombre

Date/Fecha

Signature - Woman/Firma-Mujer

Date/Fecha