



DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES
 ADOPTION SUPPORT PROGRAM
 LÍNEA SIN COSTO: 1-800-562-5682

Revisión del acuerdo de apoyo a la adopción
Adoption Support Agreement Review

- Llene todas las secciones que correspondan.
- Use el reverso del formulario si necesita más espacio.
- Devuelva el formulario al Programa de Apoyo a la Adopción en el sobre con franqueo pagado que se adjunta

PADRE/MADRE 1		PADRE/MADRE 2		
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO				
ESCRIBA LA INFORMACIÓN DE TODOS LOS MENORES POR LOS QUE RECIBE SERVICIOS DE APOYO A LA ADOPCIÓN				
1. _____	3. _____	5. _____		
2. _____	4. _____	6. _____		
<input type="checkbox"/> 1. Cantidad total en el hogar: <input type="checkbox"/> 2. Ya no necesitamos apoyo a la adopción para <input type="checkbox"/> 3. Nos gustaría que el apoyo a la adopción continúe <u>SIN CAMBIOS.</u> <input type="checkbox"/> 4. Solicitamos <u>CAMBIOS</u> a nuestros acuerdos para				
NOMBRE DEL MENOR	CAMBIO SOLICITADO	MOTIVO DE LA SOLICITUD		
5. DESCRIBA TODOS LOS CAMBIOS EN LAS CIRCUNSTANCIAS O CONDICIONES DEL MENOR QUE PUEDAN AFECTAR AL ACUERDO DE APOYO A LA ADOPCIÓN. SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL O USE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.				
6. DESCRIBA TODOS LOS CAMBIOS EN LAS CIRCUNSTANCIAS O CONDICIONES DE SU FAMILIA QUE PUEDAN AFECTAR AL ACUERDO DE APOYO A LA ADOPCIÓN. SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL O USE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.				
Entendemos y aceptamos que se enviará una copia de nuestra declaración de impuestos federales (IRS 1040) al Programa de Apoyo a la Adopción cuando se solicite, mientras sigamos recibiendo servicios de apoyo.				
FIRMA DEL PADRE/MADRE 1	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE 2	FECHA	

DISTRIBUCIÓN: Blanca: Programa de Apoyo a la Adopción Amarilla: Familia adoptiva