



Справка о состоянии здоровья и социальном происхождении ребёнка Инструкции

Child's Medical and Family Background Report Instructions

При оформлении усыновления (удочерения) в штате Вашингтон, согласно **RCW 26.33.350**, лицо, оказывающее содействие в этом процессе (координатор), обязано предоставить потенциальным приёмным родителям *«заполненную медицинскую справку со всеми известными и имеющимися сведениями о психических, физических и сенсорных недостатках ребёнка»*. В справке *«должны содержаться все известные имеющиеся сведения об истории физических и психических заболеваний биологических родителей, которые могут потребоваться потенциальным приёмным родителям для оказания надлежащего медицинского ухода за ребёнком или которые смогут помочь потенциальным приёмным родителям максимизировать потенциал развития ребёнка»*. Эти сведения должны включать историю болезни биологических родителей и ребёнка, *«в том числе результаты рентгеноскопических и иных обследований ребёнка, историю его госпитализации и справку о сделанных прививках»*. Требуется также результаты врачебного осмотра и (если выданы) направления к специалистам. **Ребенок должен пройти врачебный осмотр в течение одного года до завершения процесса усыновления.** Для поиска медицинской документации и требуемых сведений должны быть предприняты разумные усилия.

В соответствии с **RCW 26.33.380**, потенциальным приёмным родителям должны быть предоставлены сведения о биологических родителях и членах их семей. В них должны входить социальный анамнез ребёнка и семьи, включая *«хронологическую историю обстоятельств помещения ребёнка в другую семью, а также все имеющиеся справки от психиатров и психологов, судебные отчёты, касающиеся передачи на иждивение и помещение под опеку, и документы из школы»*.

Оба нормативных акта (RCW 26.33.350 и 26.33.380) требуют, чтобы личные данные биологических родителей оставались конфиденциальными, если только эти данные неизвестны приёмным родителям из других источников. По закону, требуемые сведения должны быть изложены в настоящем документе, озаглавленном **«Справка о состоянии здоровья и социальном происхождении ребёнка» (Child's Medical and Family Background Report, DCYF 13-041)**.

Содержание предоставляемых сведений варьируется в зависимости от конкретной ситуации. Однако при любом оформлении усыновления или удочерения социальный работник, которому поручено вести дело ребёнка, обязан проследить за тем, чтобы для сбора требуемой информации были предприняты разумные усилия. Меры, принимаемые в рамках этих усилий, должны быть задокументированы. Предоставляемая потенциальным приёмным родителям информация должна быть задокументирована. В случае невозможности получения конкретных запрашиваемых сведений по любому из предусмотренных пунктов лицо, оказывающее содействие в процессе усыновления / удочерения (координатор), должно предоставить приёмным родителям объяснение по каждому такому пункту. **Не оставляйте ни одной графы незаполненной.** Опишите усилия, предпринятые для получения сведений, и причины, по которым, они оказались безуспешными.

Форма DCYF 13-041 содержит следующие разделы/компоненты: сопроводительное письмо, раздел для информации о семейном окружении, раздел для информации о текущем функциональном статусе / жизнедеятельности ребенка, краткая информация о состоянии физического / психического здоровья и уровня образования ребенка, запись об иммунизации ребенка, отчет о размещении и юридическое досье. **Форма DCYF 13-041 не является заполненной, если к ней не приложены краткая информация о состоянии физического/психического здоровья и об уровне образования ребенка, отчет о размещении и запись об иммунизации ребенка.**

Родители-усыновители должны инициалами подтвердить получение краткой информации о состоянии физического / психического здоровья и об уровне образования ребенка, запись об иммунизации ребенка, отчет о размещении и юридическое досье, которые они должны поставить на прилагаемых документах. Документы следует приобщить к архивной копии дела вместе с экземпляром заполненной формы DCYF 13-041, а также к откорректированной информации, предоставленной родителям. Из документов должны быть удалены личные данные родителей, если только эти данные не известны приёмным родителям из других источников.

К форме DCYF 13-041 должна быть приложена откорректированная копия досье ребенка, соответствующая условиям Практического и процедурного руководства (Practices and Procedures Guide 4330). Если копия не приложена, она **должна** быть предоставлена родителям-усыновителям до завершения процесса усыновления; получение документов ребенка должно быть задокументировано.

Инструкции к заполнению формы 13-041: Настоящая форма считается заполненной, если к ней приложены краткая информация о состоянии физического / психического здоровья и об уровне образования ребенка, запись об иммунизации ребенка, отчет о размещении и правовые условия. Отметьте соответствующие поля, подтверждая наличие прилагаемых документов.

Запись о рождении ребенка: если документ отсутствует, укажите причину, а также опишите меры, принятые вами для его получения.

Родители-усыновители должны инициалами подтвердить получение каждого документа. Родители-усыновители также должны отметить инициалами декларацию конфиденциальности. После предоставления приёмной семье указанных сведений и справок лицо, оказывающее содействие в процессе усыновления / удочерения (координатор), должно поставить свою подпись и дату на стр. 1 настоящего документа. В случае помещения в приёмную семью за пределами штата документ должен подписать работник, который предоставляет сведения приёмной семье.

Разделы I и II: Разделы I и II должны быть заполнены всеми лицами, оказывающими содействие в процессе усыновления / удочерения, и предоставлены родителям-усыновителям до оформления усыновления / удочерения.

Разделы I и II:

Сведения о происхождении биологических родителей, история болезни членов семьи и наследственный анамнез

Пункты 1 – 9 Не требуют пояснений.

Пункты 10 - 11 Укажите последний класс (уровень обучения), которые посещали родители, и выявленные трудности с обучением.

Пункт 12 Не требует пояснений.

Пункт 13 Пометьте все применимые варианты. При необходимости приложите дополнительные листы. Приведите развернутую информацию, за исключением относящейся к **передающимся с кровью патогенным организмам**. Не указываете конкретные передающиеся с кровью патогенные организмы в форме DCYF 13-041. Дополнительная информация в отношении раскрытия особых данных приемной семье приведена в политике.

Пункты 14 - 15 Опишите последнее известное состояние здоровья и истории болезни биологических матери и отца, а также анамнез родов ребенка. Пометьте в списке все вещества, относительно которых известно, что они употреблялись биологическим родителем. Укажите известную вам информацию о подверженности алкоголизму и (или) наркозависимости. Если нужно больше места, пишите на обороте или приложите дополнительный лист.

Если ребёнок старше 13 лет, он(-а) должен дать согласие на передачу любых сведений о психическом здоровье, заболеваниях, передаваемых половым путём, и употреблении средств предупреждения беременности. Ребёнок должен подписать раздел о предоставлении такого согласия на стр. 4. Если ребенок отказывается ставить подпись проконсультируйтесь с помощником главного юрисконсульта (AAG) или с курирующим специалистом.

Приёмный родитель(и) должен подписать и датировать настоящий документ в день получения сведений. Согласно RCW 26.33.380, все лица, оказывающие содействие в процессе усыновления / удочерения, должны предоставить приёмному родителю (-ям) все имеющиеся сведения о семье и социальном происхождении ребёнка.

Приёмным родителям будет дана ещё одна возможность запросить о поиске дополнительных сведений и будет сообщено о программе помощи в процессе усыновления и удочерения (adoption support program). Приёмным родителям следует рекомендовать подать заявку в программу помощи в процессе усыновления и удочерения. Приёмный(-ые) родитель(и) должен подписать и датировать настоящий документ в день получения сведений.

Функциональный статус / жизнедеятельность ребенка: Приведите краткое описание текущего функционального статуса ребенка и укажите существенные проблемы с поведением, обучением, физическим и/или психическим здоровьем.

Распределение экземпляров

Оригинал... сохраняется агентством / координатором в досье ребенка, доступ к которому, по закону, является свободным
Копия передается приемной семье



Справка о состоянии здоровья и социальном происхождении ребёнка Child's Medical and Family Background Report

Дата:

В адрес: **Adoptive Family's Name and Address**

От кого: **Worker's Name, Worker's Phone Number, Worker's Email Address**

КАСАТЕЛЬНО: **Child's First Name, Child's Date of Birth**

Полнота информации, включаемой в данный отчет, ограничивается наличием документов о состоянии здоровья и уровне образования ребенка. **Данная форма включает в себя информацию о семейном окружении.** Прилагаемые копии на носители USB / на бумаге (нужное обвести) содержат следующую информацию:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| _____ Инициалы родителя-усыновителя | _____ Инициалы родителя-усыновителя | <input type="checkbox"/> | Краткая информация о состоянии физического / психического здоровья и об уровне образования ребенка |
| _____ Инициалы родителя-усыновителя | _____ Инициалы родителя-усыновителя | <input type="checkbox"/> | Данные об иммунизации ребенка |
| _____ Инициалы родителя-усыновителя | _____ Инициалы родителя-усыновителя | <input type="checkbox"/> | Запись о рождении ребенка Если документ отсутствует, разъясните причину: |
| _____ Инициалы родителя-усыновителя | _____ Инициалы родителя-усыновителя | <input type="checkbox"/> | Запись о размещении ребенка |
| _____ Инициалы родителя-усыновителя | _____ Инициалы родителя-усыновителя | <input type="checkbox"/> | Юридическое досье |
| _____ Инициалы родителя-усыновителя | _____ Инициалы родителя-усыновителя | <input type="checkbox"/> | Описание мер, принятых для получения медицинских данных |
| _____ Инициалы родителя-усыновителя | _____ Инициалы родителя-усыновителя | <input type="checkbox"/> | Откорректированная копия досье ребенка в соответствии с политикой 4330 «Процесс усыновления» |

Если откорректированная копия информации досье ребенка не предоставлена с настоящей формой, ее необходимо обязательно предоставить до окончания процесса усыновления.

Я / мы понимаю(-ем), что мы получаем документы, являющиеся конфиденциальными в соответствии с Пересмотренным кодексом штата Вашингтон (Revised Code of Washington, RCW), статьи RCW 74.04.060, RCW 42.56.210, RCW 42.56.230 и RCW 26.33.340, в которых указана информация Департамента в отношении биологических родителей, расширенной семьи или получаемых ими услуг; мы должны обеспечить конфиденциальность этой информации. Я / мы согласен(-на/-ны) раскрывать эту информацию только тем лицам, на которых распространяются нормы об обеспечении конфиденциальности, к примеру, врачам и психотерапевтам, которые могут запросить эту информацию в рамках лечения указанного ребенка.

_____ Инициалы родителя-усыновителя _____ Инициалы родителя-усыновителя

ПОДПИСЬ КООРДИНАТОРА

ДАТА

ФАМИЛИЯ/ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Информация о семейном окружении

Сведения, приведённые в настоящем документе и прилагаемых к нему справках, не должны содержать личных данных биологических родителей. Требуется заполнить все графы; если сведений нет или они неизвестны, то необходимо это указать.

Раздел I. Сведения о происхождении биологической матери, ее история болезни и наследственный анамнез					
1. ГОД РОЖДЕНИЯ	2. РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ			3. РЕЛИГИОЗНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ	
4. РОСТ	5. ВЕС	6. ЦВЕТ ГЛАЗ	7. ЦВЕТ ВОЛОС	8. ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ	
9. <input type="checkbox"/> Леворукая <input type="checkbox"/> Праворукая	10. НАИВЫСШИЙ ДОСТИГНУТЫЙ УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ (ПОСЛЕДНИЙ ПОСЕЩАВШИЙСЯ КЛАСС)		11. ТРУДНОСТИ С ОБУЧЕНИЕМ		
12. ХОББИ / ИНТЕРЕСЫ / ПРОФЕССИЯ					
Предоставьте как можно больше сведений об анамнезе ребёнка. Укажите, имелись ли в прошлом или имеются ли в настоящее время любые из нижеперечисленных заболеваний у биологической матери, родителей во втором поколении, братьев или сестёр, либо других родственников по крови. Где это применимо, укажите возраст на момент начала заболевания, курс лечения, принимавшиеся или принимаемые лекарства и т.п.					
13. ЗАБОЛЕВАНИЕ (УКАЖИТЕ, КАКОЕ)	БИОЛОГИЧЕСКАЯ МАТЬ	ВОЗРАСТ НА МОМЕНТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ, КУРС ЛЕЧЕНИЯ, ПРИНИМАВШИЕСЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)	РОДСТВЕННИК	КЕМ ПРИХОДИТСЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ МАТЕРИ	ВОЗРАСТ НА МОМЕНТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ, КУРС ЛЕЧЕНИЯ, ПРИНИМАВШИЕСЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)
Алкоголизм и (или) наркозависимость	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Аллергические реакции (напр., на пищу, лекарства)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Артрит	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Астма	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Врождённые дефекты	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Переносимые с кровью патогены	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Заболевания крови (гемофилия, серповидноклеточная анемия и т.п.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Рак; тип:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Сердечно-сосудистые заболевания (напр., повышенное кровяное давление, инфаркт, инсульт)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Инвалидность вследствие пороков развития	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Гинекологические проблемы / история гинекологических заболеваний (напр., самопроизвольный аборт, выкидыш, мертворождение, смерть новорождённого)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Проблемы со слухом	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Пороки сердца	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Гормональные нарушения (напр., диабет, расстройство функций щитовидной железы)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Затруднения при обучении (напр., неврологические, органическая дисфункция мозга)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Расстройство мышц (напр., мышечная дистрофия, рассеянный склероз, церебральный паралич, расщеплённый позвоночник)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Психическое расстройство (напр., тяжёлая депрессия, шизофрения, биполярное расстройство)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

Респираторные заболевания	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
расстройства с наличием судорожных приступов	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Известные заболевания, передающиеся по наследству	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Проблемы со зрением	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Алкогольный синдром плода / фетальный алкогольный синдром	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
СДВ / СДВГ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Группа крови	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Иное заболевание (поясните):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

14. а. Приведите последнюю информацию о состоянии здоровья биологической матери

14. б. Укажите данные об употреблении ядовитых и (или) контролируемых веществ в настоящее время или в прошлом. Отметьте все, что подходит:

- Алкоголь Амфетамины Кокаин Героин Марихуана Табак Транквилизаторы
 Иное (поясните):

15. Анамнез родов ребенка:

- А. Наблюдалась ли мать у специалиста в дородовом периоде? Да Отчет приложен к раскрываемой информации Нет Неизвестно
 В. Был ли ребенок подвержен воздействию любых из нижеуказанных веществ на предродовой стадии: Табак Алкоголь
 Запрещенные наркотические вещества (указать):
 Рецептурные медикаменты (указать):
 Частота употребления и даты употребления в период беременности:
 Другие токсичные вещества (указать):
 С. Возникали ли при родах нештатные ситуации? Да Нет Неизвестно
 Если да, поясните:

Раздел II. Сведения о происхождении биологического отца, история болезни и наследственный анамнез

1. ГОД РОЖДЕНИЯ	2. РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ			3. РЕЛИГИОЗНАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ
4. РОСТ	5. ВЕС	6. ЦВЕТ ГЛАЗ	7. ЦВЕТ ВОЛОС	8. ЭТНИЧЕСКОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ
9. <input type="checkbox"/> Леворукая <input type="checkbox"/> Праворукая	10. НАИВЫСШИЙ ДОСТИГНУТЫЙ УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ (ПОСЛЕДНИЙ ПОСЕЩАВШИЙСЯ КЛАСС)		11. ТРУДНОСТИ С ОБУЧЕНИЕМ	

12. ХОББИ / ИНТЕРЕСЫ / ПРОФЕССИЯ

Предоставьте как можно больше сведений об анамнезе ребёнка. Укажите, имелись ли в прошлом или имеются ли в настоящее время любые из нижеперечисленных заболеваний у биологического отца, родителей во втором поколении, братьев или сестёр, либо других родственников по крови. Где это применимо, укажите возраст на момент начала заболевания, курс лечения, принимавшиеся или принимаемые лекарства и т.п.

13. ЗАБОЛЕВАНИЕ (УКАЖИТЕ, КАКОЕ)	БИОЛОГИЧЕСКИЙ ОТЕЦ	ВОЗРАСТ НА МОМЕНТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ, КУРС ЛЕЧЕНИЯ, ПРИНИМАВШИЕСЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)	РОДСТВЕННИК	КЕМ ПРИХОДИТСЯ БИОЛОГИЧЕСКОМ У ОТЦУ	ВОЗРАСТ НА МОМЕНТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ, КУРС ЛЕЧЕНИЯ, ПРИНИМАВШИЕСЯ ИЛИ ПРИНИМАЕМЫЕ ЛЕКАРСТВА (ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)
Алкоголизм и (или) наркозависимость	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Аллергические реакции (напр., на пищу, лекарства)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Артрит	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Астма	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Врождённые дефекты	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Переносимые с кровью патогены	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Заболевания крови (гемофилия, серповидноклеточная анемия и т.п.)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Рак; тип:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Сердечно-сосудистые заболевания (напр., повышенное кровяное давление, инфаркт, инсульт)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Инвалидность вследствие пороков развития	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Гинекологические проблемы / история гинекологических заболеваний (напр., самопроизвольный аборт, выкидыш, мертворождение, смерть новорождённого)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Проблемы со слухом	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Пороки сердца	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Гормональные нарушения (напр., диабет, расстройство функций щитовидной железы)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Затруднения при обучении (напр., неврологические, органическая дисфункция мозга)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Расстройство мышц (напр., мышечная дистрофия, рассеянный склероз, церебральный паралич, расщеплённый позвоночник)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Психическое расстройство (напр., тяжёлая депрессия, шизофрения, биполярное расстройство)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Респираторные заболевания	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
расстройства с наличием судорожных приступов	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Известные заболевания, передающиеся по наследству	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Проблемы со зрением	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Алкогольный синдром плода / фетальный алкогольный синдром	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
СДВ / СДВГ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Группа крови	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Иное заболевание (поясните):	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Иное заболевание (поясните):					

--	--	--	--	--	--

14. а. Приведите последнюю информацию о состоянии здоровья биологического отца

14. б. Укажите данные об употреблении ядовитых и (или) контролируемых веществ в настоящее время или в прошлом. Отметьте все, что подходит:

- Алкоголь Амфетамины Кокаин Героин Марихуана Табак Транквилизаторы
 Иное (поясните):

Текущий функциональный статус / жизнедеятельность ребенка

Приведите краткое описание текущего функционального статуса / жизнедеятельности ребенка в домашних условиях. Приведите информацию о любых существенных проблемах.

Я, нижеподписавшийся(-аяся), старше 13 лет и даю согласие на передачу следующей информации: Статус в связи с ВИЧ; история консультаций по вопросам психического здоровья и диагностики; лечение психических расстройств в настоящее время; использование средств предупреждения беременности; и другое, укажите:

ПОДПИСЬ РЕБЁНКА

ДАТА

ПОДПИСЬ КООРДИНАТОРА

ДАТА

Я / мы, нижеподписавшийся(-аяся, -иеся) приёмный(-ые) родитель(-и), получил(-а, -и) медицинские сведения и информацию об образовании и прилагаемые документы, касающиеся моего / нашего приёмного ребёнка. Я / мы обсудил(-а, -и) эти сведения с социальным работником и имел(-а, -и) возможность проконсультироваться по поводу них с избранным мной (нами) врачом. У нас была возможность обратиться к социальному работнику с запросом о поиске дополнительных сведений. Я / мы понимаю(-ем), что предсказать поведенческие и/или эмоциональные проблемы детей, подвергавшихся жестокому и/или лишенному заботы обращению достаточно сложно. Я / мы понимаю(-ем), что, в виду размещения ребенка вне семьи, я(мы) могу(-жем) столкнуться с проблемами физического здоровья, а также с эмоциональными, медицинскими, половыми и прочими психическими/поведенческими проблемами, которые ранее не были обнаружены или не проявлялись. Я / мы принимаю(-ем) данного ребёнка в качестве приёмного ребёнка в нашу семью. Усыновление / удочерение данного ребенка является моим (нашим) добровольным намерением.

ПОДПИСЬ ПРИЁМНОГО РОДИТЕЛЯ

ДАТА

ПОДПИСЬ ПРИЁМНОГО РОДИТЕЛЯ

ДАТА

Я / мы, нижеподписавшийся(-аяся, -иеся) приёмный(-ые) родитель(-и), заявляю(-ем), что у меня (нас) была возможность изучить документы, касающиеся данного ребёнка, и запросить о предоставлении дополнительной информации. Я / мы проинформированы о Программе помощи в процессе усыновления и удочерения (Adoption Support Program) и решил(-а, -и) подать заявку в эту Программу. не подавать заявку в эту Программу. Я / мы получил(-а, -и) вышеуказанные сведения о семье моего (нашего) приёмного ребёнка и о его (её) социальном происхождении. Я / мы обсудил(-а, -и) эти сведения с социальным работником и имел (-а, -и) возможность проконсультироваться по поводу них с избранными мной (нами) соответствующими специалистами. Мы намерены окончательно оформить усыновление / удочерение нами данного ребёнка. Мы принимаем данного ребёнка в качестве приёмного ребёнка в нашу семью

ПОДПИСЬ ПРИЁМНОГО РОДИТЕЛЯ

ДАТА

ПОДПИСЬ ПРИЁМНОГО РОДИТЕЛЯ

ДАТА