

Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur
Servicios de Crianza Temporal/Adopción
FORMULARIO DE ADMISIÓN

Tipo de Contacto: Teléfono Oficina Correspondencia

INFORMACIÓN IDENTIFICADORA:

Nombre de Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre de Solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____
Dirección Ciudad

Estado Código Postal Condado

Teléfono de Casa: _____ Número de Trabajo de Él: _____ Número de Trabajo de Ella: _____

Estado Civil: _____ Número de Años Casados: _____

Instrucciones de Cómo Llegar a la Casa: _____

¿Otros Miembros Adultos: (18 años de edad o mayor) que Viven en la Casa? Sí No

Número Total de Adultos en la Casa: _____ Número Total de Niños en la Casa: _____

¿Está autorizado el padre solicitante como padre de crianza temporal? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién le dio la autorización? _____

¿Está aprobado el solicitante para adoptar? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién le aprobó? _____

Persona que le Derivó: _____

SERVICIO PEDIDO:

Solicitud: Crianza Temporal Crianza Temporal/Adopción Adopción

Hogar de Crianza Temporal Especializado ICPC

Preferencia en Cuanto a los Niños: _____
Número de Niños Gama de Edades Sexo

¿Solicita para un Niño Específico? : Sí No Si la respuesta es sí, nombre del niño: _____

Condado de Residencia del Niño: _____ Relación con el Niño: _____

Firma de la Persona que Completa este Formulario Fecha