

Solicitud de Apoyo Extendido a la Adopción

Extended Adoption Support Application

NOMBRE DEL JOVEN
FECHA DE NACIMIENTO

Los jóvenes que fueron adoptados de cuidado de crianza después de cumplir 16 años pueden cumplir los requisitos para recibir beneficios de apoyo extendido a la adopción si están inscritos en la escuela secundaria, en un programa académico universitario o vocacional, participando en un programa de capacitación laboral o una actividad diseñada para eliminar barreras para el empleo, trabajan más de 80 horas por semana, o padecen un trastorno médico documentado que les impide participar en los primeros cuatro criterios. Para ser elegible para beneficios extendidos de apoyo a la adopción, el joven debe recibir apoyo financiero de sus padres adoptivos.

Llene este formulario y entregue documentos que comprueben su participación en una de las categorías antes mencionadas.

LLENE LA CATEGORÍA APROPIADA		
<input type="checkbox"/> Educación secundaria (escuela preparatoria)	NOMBRE DEL PROGRAMA	FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN
<input type="checkbox"/> Educación superior (universidad / escuela vocacional)	NOMBRE DEL PROGRAMA	FECHA PREVISTA DE GRADUACIÓN
<input type="checkbox"/> Capacitación laboral o actividad laboral	NOMBRE DEL PROGRAMA O ACTIVIDAD	FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN
<input type="checkbox"/> Empleo (80 horas o más al mes)	NOMBRE DEL EMPLEADOR	
<input type="checkbox"/> Trastorno médico	Entregue documentación médica.	
¿El joven tiene previsto inscribirse en un programa diferente calificado después de concluir el programa actual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó que sí, ¿qué tipo de programa y en dónde tiene previsto inscribirse el joven?		
Otros factores también pueden afectar la elegibilidad del joven para recibir beneficios extendidos de apoyo a la adopción; conteste las siguientes preguntas e informe de todos los cambios que ocurran:		
¿El joven recibe algún beneficio del Seguro Social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí; en ese caso, identifique el tipo y el importe del beneficio:	¿El joven está casado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿El joven está en las fuerzas militares? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿El joven solicitará estampillas de alimentos o beneficencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Para ser contestado por el joven: Entiendo que para ser elegible para beneficios de apoyo extendido a la adopción debo estar inscrito de manera continua en un programa de educación secundaria, superior o capacitación laboral o en una actividad diseñada para eliminar las barreras para el empleo, trabajar más de 80 horas al mes, o tener un trastorno médico documentado que me impida participar en una de estas categorías <u>y</u> debo estar recibiendo apoyo financiero de mis padres adoptivos. He leído la información anterior y concuerdo en que es correcta. También me comprometo a informar todos los cambios en mi situación al programa de apoyo a la adopción dentro de un plazo de 30 días.		
FIRMA DEL JOVEN		FECHA DE LA FIRMA
NÚMERO DE TELÉFONO DEL JOVEN	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL JOVEN	
Para ser contestado por los padres: Entiendo que para ser elegible para beneficios de apoyo extendido a la adopción mi hijo debe estar inscrito de manera continua en un programa de educación secundaria, superior o capacitación laboral o en una actividad diseñada para eliminar las barreras para el empleo, trabajar más de 80 horas al mes, o tener un trastorno médico documentado que le impida participar en una de estas categorías <u>y</u> que mi hijo debe seguir recibiendo apoyo financiero proveniente de mí. Si dejo de brindarle apoyo financiero, o si mi hijo deja de participar en su programa calificado, debo informarlo de inmediato. Entiendo que si no informo de los cambios en las circunstancias de mi hijo dentro de un plazo de 30 días, se puede expedir un aviso de sobrepago.		
FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	FECHA	NOMBRE DEL PADRE O MADRE ADOPTIVO(A) EN LETRA DE MOLDE
FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	FECHA	NOMBRE DEL PADRE O MADRE ADOPTIVO(A) EN LETRA DE MOLDE
DIRECCIÓN DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)		
NÚMERO DE TELÉFONO DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(A)	

Para que podamos determinar la elegibilidad de su hijo para beneficios extendidos de apoyo a la adopción, debe entregar este formulario junto con documentos vigentes que acrediten la inscripción o participación de su hijo en una de las categorías indicadas.

Escuela preparatoria - Si su hijo actualmente está inscrito en un programa de escuela preparatoria, entregue una declaración de la escuela preparatoria de su hijo en la que se indique su estado de inscripción actual y su fecha prevista de graduación. Necesitaremos una declaración actualizada cada año.

Programa de educación superior - Si su hijo actualmente está inscrito en un programa de educación superior, entregue una copia de su horario de cursos actual en su institución educativa o vocacional. Si ha sido aceptado en la universidad y planea asistir en el otoño, pero aún no ha tenido la oportunidad de inscribirse en las clases, entregue una copia de su carta de aceptación. En cuanto se haya inscrito a clases, entregue una copia de su horario de clases. Necesitaremos una copia actualizada de su horario de clases y su informe de calificaciones en cada periodo escolar.

Programa o actividad de capacitación laboral - Si su hijo actualmente está participando en un programa o actividad de capacitación laboral, entregue una carta de su programa actual en la que verifique su participación y la duración prevista del mismo. Le pediremos actualizar la verificación cada 3 meses.

Empleado por lo menos 80 horas al mes - Si su hijo actualmente está empleado al menos 80 horas al mes, entregue una carta de su empleador actual en la que verifique su empleo e indique si es un puesto permanente o temporal.

Trastorno médico - Si su hijo no puede participar en ninguna de las actividades anteriores debido a un trastorno médico. Entregue documentación de un médico en la que se indique el trastorno médico de su hijo y en la que se exprese específicamente que debido al trastorno no puede asistir a ningún tipo de actividad relacionada con la escuela, la capacitación o el trabajo, y si el trastorno es permanente.