

A:

DE:

SECCIÓN I - DATOS IDENTIFICATORIOS			
Notificación de intención de ubicar - Nombre del niño:		Origen étnico: hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se puede determinar/se	
Número de Seguro Social:	Elegible para ICWA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza: <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	
Sexo:	Fecha de nacimiento:	Decisión del Título IV-E <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pendiente	
Nombre de la madre		Nombre del padre:	
Nombre de la agencia o persona responsable de la planificación para el niño:			Teléfono:
Dirección:			
Nombre de la agencia o persona responsable del niño en lo financiero:			Teléfono:
Dirección:			
SECCIÓN II - INFORMACIÓN DE UBICACIÓN			
Nombre de la(s) persona(s) o institución donde se ubicará al niño:			Nº Seguro Social (opcional) Nº Seguro Social (opcional)
Dirección:			Teléfono:
Tipo de cuidado pedido:		<input type="checkbox"/> Padres	
<input type="checkbox"/> Hogar de crianza familiar		<input type="checkbox"/> Pariente (no padre o madre)	
<input type="checkbox"/> Hogar de cuidado grupal		Parentesco:	
<input type="checkbox"/> Institución de cuidado de niños		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Centro de tratamiento residencial		<input type="checkbox"/> ADOPCIÓN	
<input type="checkbox"/> Cuidado en institución -Artículo VI, delincente con fallo		<input type="checkbox"/> Subsidio IV-E	
		<input type="checkbox"/> No subsidio IV-E	
		A ser finalizado en:	
		<input type="checkbox"/> Estado de envío	
		<input type="checkbox"/> Estado receptor	
Estado legal actual:		<input type="checkbox"/> Supervisión protectora	
<input type="checkbox"/> Custodia/tutela de la agencia de envío		<input type="checkbox"/> Patria potestad terminada-Derecho a colocar en adopción	
<input type="checkbox"/> Custodia/tutela de pariente de los padres		<input type="checkbox"/> Refugiado menor no acompañado	
<input type="checkbox"/> Sólo jurisdicción de la corte		<input type="checkbox"/> Otro: _____	
SECCIÓN III - SERVICIOS REQUERIDOS			
Informe inicial (si corresponde)	Servicios de supervisión		Informes de supervisión
<input type="checkbox"/> Estudio del hogar del padre/madre	<input type="checkbox"/> Pedir estado receptor se encargue de la supervisión		<input type="checkbox"/> Trimestrales
<input type="checkbox"/> Estudio del hogar de parientes	<input type="checkbox"/> Otra agencia se comprometió a supervisar		<input type="checkbox"/> Semestrales
<input type="checkbox"/> Estudio de hogar adoptivo	<input type="checkbox"/> La agencia de envío va a supervisar		<input type="checkbox"/> A pedido
<input type="checkbox"/> Estudio de hogar de crianza			<input type="checkbox"/> Otro _____
Nombre y dirección de la agencia supervisora en el estado _____			
Adjunto: <input type="checkbox"/> Antecedentes sociales del niño <input type="checkbox"/> Fallo judicial <input type="checkbox"/> Plan financiero/médico <input type="checkbox"/> Otros adjuntos			
<input type="checkbox"/> Est. del hogar de recursos de ubicación <input type="checkbox"/> Adjunto ICWA <input type="checkbox"/> Documento de elegibilidad IV-E			
Firma de la agencia o persona de envío: _____			Date: _____
Firma del administrador del convenio del estado de envío, asistente o suplente: _____			Date: _____
SECCIÓN IV - ACCIÓN DEL ESTADO RECEPTOR SEGÚN EL ARTÍCULO III(d) DEL ICPC			
<input type="checkbox"/> Se puede llevar a cabo la ubicación		<input type="checkbox"/> No se llevará a cabo la ubicación	
COMENTARIOS:			
Firma del administrador del convenio del estado receptor, su asistente o suplente: _____			Fecha: _____