Iowa Department of Human Services

APPLICATION FOR SUBSIDY (SOLICITUD DE SUBSIDIO)

Tipo de solicitud: ☐ Presubsidio ☐ Subsidio

Tipo de subsidio: ☐ Mantenimiento ☐ Servicios especiales ☐ Mantenimiento y servicios especiales

Yo por el presente solicito un subsidio para el cuidado de:

Nombres	Fechas de nacimiento

Yo no puedo adoptar a este niño sin un subsidio de adopción.

Yo comprometo a incluir al niño en mi cobertura de seguro privado de salud, salvo que me lo prohibiera mi compañía de seguros.

Cuando solicite un subsidio de mantenimiento, yo notificaré al Iowa Department of Human Services sobre cualquier cambio en mi situación familiar que pudiera afectar la capacidad de la familia para satisfacer las necesidades especiales del niño.

Yo entiendo yo que debo suministrar la siguiente información para negociar un subsidio que me permita satisfacer las necesidades del niño.

Nombre y domicilio de la compañía de seguro privado de salud			Marcar las areas de cobertura ☐ Hospital ☐ Farmacia ☐ Médico ☐ Odontología
Descripción de las necesidades del niño y de la capacidad de la familia para satisfacer dichas necesidades (Adjuntar planillas adicionales en caso de ser necesario)			
Ingresos del niño no obtenidos mediante trabajo $_____ (Attach verification)	Monto de subsidio que se necesita para atender las necesidades especiales de los niños $_____		Cantidad de personas en la familia con causas por impuestos
Firma de la madre adoptiva	Fecha	Firma del padre adoptivo	Fecha
Domicilio			Número de teléfono ( )

AL SOLICITANTE

El Departamento le suministrará un formulario 470-0745 de Notificación de la Decisión de Adopción (Adoption Notice of Decision) mediante el cual se le informará la acción tomada respecto de su solicitud.

Empleado de Adopción del DHS	Fecha de recibo