

BUREAU DES SERVICES À L'ENFANCE ET AUX FAMILLES
DE L'ÉTAT DE NEW YORK (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

DEMANDE POUR DEVENIR PARENT D'ACCUEIL OU ADOPTIF

Instructions :

Demandeurs : chaque demandeur/demandeuse doit remplir un formulaire de demande distinct. L'agent d'adoption informera le demandeur/la demandeuse si des documents justificatifs sont nécessaires.

INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE		
DEMANDE POUR ÊTRE :		
FAMILLE D'ACCUEIL UNIQUEMENT <input type="checkbox"/>		
FAMILLE D'ACCUEIL ET ADOPTIVE* <input type="checkbox"/>		
* Remplir le <i>Registre d'adoption familiale (OCFS-5183C)</i>		
Êtes-vous ou avez-vous déjà été parent d'accueil d'urgence agréé ou approuvé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Date d'expiration :		
Demandez-vous une certification ou une approbation pour un ou plusieurs enfants spécifiques ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Si oui :		
NOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE	LIEN AVEC LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
NOM DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE :		
NOM, PRÉNOM ET INITIALE DU 2 ^e PRÉNOM :		
DATE DE NAISSANCE :	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :	ADRESSE ELECTRONIQUE :
/ /	- -	
COORDONNÉES TÉLÉPHONIQUES :		
TÉLÉPHONE PERSONNEL : () - <input type="checkbox"/> S.O.	TÉLÉPHONE PORTABLE : () - <input type="checkbox"/> S.O.	
ADRESSE ACTUELLE :		
VILLE :	ÉTAT :	CODE POSTAL :
DEPUIS COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS :	DISTRICT SCOLAIRE :	
<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Locataire		
ÉTAT CIVIL :	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf / Veuve <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Couple vivant ensemble	
DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ¹		
SEXE : ²		
<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		
QUELS SONT VOS PRONOMS ?		
<input type="checkbox"/> Elle <input type="checkbox"/> Il/lui <input type="checkbox"/> Iel <input type="checkbox"/> AUTRE _____		
IDENTITÉ DE GENRE : ³		
<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/> Non conforme dans le genre <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je ne sais pas. <input type="checkbox"/> Je refuse de répondre.		
ORIENTATION SEXUELLE : ⁴		
<input type="checkbox"/> Hétéro / Hétérosexuel(le) <input type="checkbox"/> Gay ou lesbienne <input type="checkbox"/> Bisexuel(le) <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je ne sais pas. <input type="checkbox"/> Je refuse de répondre.		
RACE :	ORIGINE ETHNIQUE :	APPARTENANCE RELIGIEUSE :
LANGUES PARLÉES :		

¹ Le demandeur/la demandeuse a le droit de refuser de répondre aux questions de cette section sans que cela ait de conséquences sur sa demande.

² Le « sexe » désigne les caractéristiques biologiques et physiologiques d'une personne.

³ L'« identité de genre » désigne l'image qu'une personne a d'elle-même, quelle que soit son anatomie.

⁴ L'« orientation sexuelle » désigne l'attraction émotionnelle, romantique et sexuelle d'une personne pour d'autres personnes.

AMÉRINDIEN(NE) ? Non Oui *Le cas échéant, affiliation à une tribu ou à une nation :*

INFORMATIONS SUR LES MEMBRES DU FOYER * Un numéro de Sécurité sociale (Social Security Number, SSN) est nécessaire pour toutes les personnes âgées de 18 ans ou plus.

	NOM, PRÉNOM	NOM, PRÉNOM	NOM, PRÉNOM	NOM, PRÉNOM	NOM, PRÉNOM	NOM, PRÉNOM	NOM, PRÉNOM
DATE DE NAISSANCE							
LIEN AVEC LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE							
RELIGION							
SEXE							
ORIGINE ETHNIQUE							
LANGUE							
ÉTAT CIVIL							
*SSN							

Y a-t-il dans votre foyer des enfants placés en famille d'accueil et en attente d'une adoption ?

Non Oui *Le cas échéant, veuillez préciser :*

Applicable aux enfants remis directement à une agence bénévole autorisée : Y a-t-il dans votre foyer des enfants en attente d'une adoption définitive ?

Non Oui

Le cas échéant, veuillez préciser :

AUTRES ENFANTS (DE MOINS DE 18 ANS) RÉSIDANT HORS DU FOYER	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE	LIEN AVEC LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE
<input type="checkbox"/> S.O.			
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
ENFANTS ADULTES RÉSIDANT HORS DU FOYER	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE	LIEN AVEC LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE
<input type="checkbox"/> S.O.			
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
PENSIONNAIRES/LOCATAIRES	DATE DE NAISSANCE	LIEN AVEC LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE	
<input type="checkbox"/> S.O.			
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

ANIMAUX DE COMPAGNIE/AUTRES ANIMAUX – ESPECE SELON L'ORDONNANCE LOCALE		VACCINES ?	SOUS LICENCE ?
<input type="checkbox"/> S.O.			
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
EXPÉRIENCE EN TANT QUE PARENT D'ACCUEIL/ADOPTIF			
Êtes-vous actuellement un parent adoptif approuvé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Le cas échéant, veuillez indiquer la ou les dates d'approbation, ainsi que le nom de l'agence d'approbation et ses coordonnées.</i>			
DATE D'APPROBATION :	AGENCE D'APPROBATION :	COORDONNEES :	
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
Avez-vous déjà demandé à être un parent d'accueil ou adoptif dans cet État ou dans un autre État ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Le cas échéant, veuillez indiquer le nom de l'agence et ses coordonnées.</i>			
AGENCE :	COORDONNEES :		
Votre demande a-t-elle été acceptée, retirée ou refusée ? <input type="checkbox"/> Demande acceptée <input type="checkbox"/> Demande retirée <input type="checkbox"/> Demande refusée <i>En cas de retrait ou de refus, quel en a été le motif ?</i>			
Avez-vous fait l'objet d'une révocation, d'une suspension, d'une renonciation ou d'une expiration de certificat ou d'approbation en tant que parent d'accueil ? <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <i>Dans l'affirmative, quel en a été le motif ?</i>			
TRANSPORT			
Que prévoyez-vous pour le transport de l'enfant placé en famille d'accueil ?			
Si vous avez répondu « véhicule personnel » : Avez-vous :			
un permis de conduire en cours de validité ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<i>Le cas échéant, date d'expiration :</i>	/ /
une assurance automobile en cours de validité ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<i>Le cas échéant, date d'expiration :</i>	/ /
une immatriculation en cours de validité ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<i>Le cas échéant, date d'expiration :</i>	/ /
un contrôle valide ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<i>Le cas échéant, date d'expiration :</i>	/ /
RÉFÉRENCES			
Indiquez trois personnes (sans lien de parenté avec vous) qui peuvent servir de références personnelles.			
NOM	ADRESSE	TELEPHONE / ADRESSE ELECTRONIQUE	

Le cas échéant, veuillez indiquer une référence qui peut attester votre expérience et vos qualifications professionnelles.

NOM	ADRESSE	TELEPHONE / ADRESSE ELECTRONIQUE
		() - ,

INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOI

Assurez-vous la prestation de services de garde d'enfants à votre domicile ? Non Oui

Le cas échéant,

- Quels en sont les horaires ?
- Nombre d'enfants ?
- Veuillez préciser :

Dirigez-vous un foyer de type familial pour adultes ? Non Oui

Le cas échéant,

- Veuillez préciser :

Exercez-vous une autre activité professionnelle à votre domicile ? Non Oui

Le cas échéant,

- Quels en sont les horaires ?
- Disposez-vous d'une licence pour toute activité professionnelle exercée à votre domicile ?
- Veuillez préciser :

Que prévoyez-vous pour la surveillance du ou des enfants lorsque vous n'êtes pas disponible (à savoir pendant les heures de travail, après l'école, pendant l'été, etc.) ?

INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOI ACTUEL

EMPLOYEUR ACTUEL :		DATE DE DÉBUT :
ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :		
VILLE :	ÉTAT :	CODE POSTAL :
POSTE :	HORAIRES :	
NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE DE L'EMPLOYEUR :	NUMÉRO DE LA PERSONNE-RESSOURCE DE L'EMPLOYEUR :	ADRESSE ÉLECTRONIQUE DE LA PERSONNE-RESSOURCE DE L'EMPLOYEUR :

ANTÉCÉDENTS D'EMPLOI

Employeur :

Dates d'emploi : du / / au / /

Poste :

Heures travaillées par semaine :

Motif de la fin de l'emploi :

Employeur :

Dates d'emploi : du / / au / /

Poste :

Heures travaillées par semaine :

Motif de la fin de l'emploi :

Employeur :

Dates d'emploi : du / / au / /

Poste :

Heures travaillées par semaine :

Motif de la fin de l'emploi :

ÉTUDES

PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES ATTEINT : École primaire Collège / Lycée Examen de fin d'études secondaires
 DEUG/BTS/DUT Baccalauréat Maîtrise Doctorat Autre :

INFORMATIONS FINANCIÈRES

REVENUS PROFESSIONNELS :

AUTRES REVENUS ET SOURCE :

PA SSI SSD Handicap Pension alimentaire
 Autre, veuillez préciser :

TOTAL DES REVENUS MENSUELS :

DÉPENSES MENSUELLES :

Votre famille est-elle confrontée à des difficultés financières (saisie, faillite, etc.) ? Non Oui

Le cas échéant, veuillez préciser :

Votre famille bénéficie-t-elle d'une assurance maladie ? Non Oui

▶ loyer/prêt hypothécaire

\$

▶ charges (y compris le téléphone et le

\$

▶ échéances de prêt automobile

\$

▶ assurance automobile

\$

▶ autre assurance

\$

▶ prêts/dettes, cartes de crédit

\$

▶ nourriture, vêtements, etc.

\$

▶ loisirs

\$

Total des dépenses mensuelles

\$

SIGNATURE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE :

DATE :

X

/ /

DÉCLARATION SOUS SERMENT – Une par demandeur/demandeuse

Veillez répondre aux questions ci-dessous dans leur intégralité.

NOM DE FAMILLE :

PRÉNOM :

DEUXIÈME PRÉNOM :

NOM DE JEUNE FILLE OU TOUT AUTRE NOM D'USAGE :

ADRESSE POSTALE ACTUELLE :

VILLE :

ÉTAT :

CODE POSTAL :

1. Avez-vous déjà été condamné(e) pour un délit dans l'État de New York ou dans toute autre juridiction ou État ? Non Oui

Le cas échéant, veuillez préciser chaque délit pour lequel vous avez été condamné(e), en indiquant le type de délit, le lieu, la date et les circonstances :

2. Une personne âgée de 18 ans ou plus résidant actuellement dans votre foyer a-t-elle été condamnée pour un délit dans l'État de New York ou dans toute autre juridiction ou État ? Non Oui

Le cas échéant, veuillez préciser chaque délit pour lequel cette ou ces personnes ont été condamnées, en indiquant le type de délit, le lieu, la date et les circonstances :

Par la présente, j'affirme que les informations fournies ci-dessus sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. Je comprends que les informations font l'objet d'une vérification et que toute déclaration ou affirmation manifestement fausse peut entraîner le rejet de la demande pour avoir délibérément présenté des informations fausses ou trompeuses.

SIGNATURE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE :

X

DATE :

/ /