

STATO DI NEW YORK
UFFICIO SERVIZI PER I MINORI E LA FAMIGLIA (NEW YORK STATE OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)

DOMANDA PER GENITORI AFFIDATARI/ADOTTIVIIstruzioni:

Richiedente/i: ogni richiedente deve compilare un modulo di domanda separato. L'operatore domiciliare informerà il richiedente qualora fosse necessaria una documentazione di supporto.

INFORMAZIONI SUL RICHIEDENTE		
RICHIESTA PRESENTATA PER: SOLO AFFIDO <input type="checkbox"/> AFFIDO E ADOZIONE* <input type="checkbox"/> *Compilare il Registro delle adozioni familiari (OCFS-5183C)		
È o è mai stato genitore affidatario di emergenza certificato o approvato? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Data di scadenza:		
Presenta la domanda di certificazione o approvazione per uno o più bambini specifici? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì:		
NOME DEL BAMBINO/DELLA BAMBINA	DATA DI NASCITA	RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
NOME DEL RICHIEDENTE:		
COGNOME, NOME, INIZIALI SECONDO NOME:		
DATA DI NASCITA: / /	NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE (SOCIAL SECURITY NUMBER): - -	INDIRIZZO E-MAIL:
INFORMAZIONI DI CONTATTO TELEFONICO: TELEFONO ABITAZIONE: () - <input type="checkbox"/> N/A CELLULARE: () - <input type="checkbox"/> N/A		
INDIRIZZO ATTUALE:		
CITTÀ:	STATO:	CODICE POSTALE:
DA QUANTO TEMPO: <input type="checkbox"/> Possiede <input type="checkbox"/> È in affitto	DISTRETTO SCOLASTICO:	
STATO CIVILE: <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Convivente		
DATI DEMOGRAFICI ¹		
SESSO: ² <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Maschio		
QUALI PRONOMI UTILIZZA PER SÉ? <input type="checkbox"/> Lei/le <input type="checkbox"/> Lui/gli <input type="checkbox"/> Essi/loro <input type="checkbox"/> ALTRO _____		
IDENTITÀ DI GENERE: ³ <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Transgender <input type="checkbox"/> Non conforme al genere <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Rifiuto di rispondere		
ORIENTAMENTO SESSUALE: ⁴ <input type="checkbox"/> Eterosessuale <input type="checkbox"/> Gay o lesbica <input type="checkbox"/> Bisessuale <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Rifiuto di rispondere		
RAZZA:	ETNIA:	AFFILIAZIONE RELIGIOSA:
LINGUE PARLATE:		
NATIVO AMERICANO? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <i>Se sì, affiliazione tribale/nazione:</i>		

¹ Il richiedente ha il diritto di rifiutare di rispondere alle domande di questa sezione senza che ciò influisca sulla domanda.

² "Sesso" si riferisce alle caratteristiche biologiche e fisiologiche di una persona.

³ con "identità di genere" ci si riferisce alla percezione che ogni persona ha di sé e del proprio essere, indipendentemente dall'anatomia.

⁴ per "orientamento sessuale" si intende l'attrazione emotiva, sentimentale e sessuale di una persona verso altre persone.

INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE *Il numero di previdenza sociale (Social Security Number, SSN) è richiesto per tutti i membri della famiglia di età pari o superiore a 18 anni

	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME
DATA DI NASCITA							
RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE							
RELIGIONE							
SESSO							
ETNIA							
LINGUA							
STATO CIVILE							
*SSN							

Nel suo nucleo familiare ci sono bambini in affidamento e in attesa di adozione?

No Sì *Se sì, spiegare:*

Applicabile ai bambini assegnati direttamente a un'agenzia di volontariato autorizzata: Nel suo nucleo familiare ci sono bambini in attesa di finalizzare l'adozione?

No Sì

Se sì, spiegare:

ALTRI FIGLI (SOTTO 18 ANNI) RESIDENTI FUORI DAL NUCLEO FAMILIARE	DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE
<input type="checkbox"/> N/A			
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
FIGLI MAGGIORENNI RESIDENTI FUORI DAL NUCLEO FAMILIARE	DATA DI NASCITA	INDIRIZZO	RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE
<input type="checkbox"/> N/A			
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
PENSIONANTI/AFFITTUARI	DATA DI NASCITA	RELAZIONE CON IL RICHIEDENTE	
<input type="checkbox"/> N/A			
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
ANIMALI DOMESTICI/ALTRI ANIMALI – TIPO PER ORDINANZA LOCALE	VACCINATI?	CON LICENZA?	
<input type="checkbox"/> N/A			
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	

	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

ESPERIENZA DI GENITORI AFFIDATARI/ADOTTIVI

È attualmente genitore adottivo approvato? No Sì

Se sì, indicare le date di approvazione, il nome dell'agenzia di approvazione e le informazioni di contatto.

DATA DI APPROVAZIONE:	AGENZIA DI APPROVAZIONE:	INFORMAZIONI DI CONTATTO:
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

Ha già fatto domanda per essere genitore affidatario o adottivo in questo Stato o in un altro Stato? No Sì

Se sì, indicare il nome dell'agenzia e le informazioni di contatto.

AGENZIA:	INFORMAZIONI DI CONTATTO:

La sua domanda è stata accettata, ritirata o respinta? Accettata Ritirata Respinta *Se ritirata o respinta, per quale motivo?*

La sua certificazione o approvazione di genitore affidatario è stata revocata, sospesa, interrotta o scaduta?

N/A No Sì

Se sì, per quale motivo?

TRASPORTO

Come pensa di trasportare il bambino in affido?

Se la risposta è "veicolo personale":

È titolare di:

patente di guida valida? No Sì *Se sì, indicare la data di scadenza: / /*
 assicurazione auto valida? No Sì *Se sì, indicare la data di scadenza: / /*
 immatricolazione valida? No Sì *Se sì, indicare la data di scadenza: / /*
 revisione valida? No Sì *Se sì, indicare la data di scadenza: / /*

REFERENZE

Elencare tre nominativi di persone, diverse dai parenti, utilizzabili come referenze personali

NOME	INDIRIZZO	TELEFONO/INDIRIZZO E-MAIL

Se pertinente, indicare il nominativo di una persona che possa attestare le sue esperienze e qualifiche professionali		
NOME	INDIRIZZO	TELEFONO/INDIRIZZO E-MAIL
		() - ,
INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ LAVORATIVA		
Fornisce assistenza all'infanzia/assistenza diurna nella sua abitazione? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
Se sì:		
a. <i>In quali orari?</i>		
b. <i>Quanti sono i bambini?</i>		
c. <i>Descrivere:</i>		
Gestisce una casa famiglia per adulti? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
Se sì:		
a. <i>Descrivere:</i>		
Gestisce altri tipi di attività nella sua abitazione? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì		
Se sì:		
a. <i>In quali orari?</i>		
b. <i>È titolare di licenza per una delle attività svolte nella sua abitazione?</i>		
c. <i>Descrivere:</i>		
Come intende procedere per la sorveglianza del bambino o dei bambini quando non è disponibile (ad esempio, durante l'orario di lavoro, dopo la scuola, in estate, ecc.)?		
ALTRE INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ LAVORATIVA.		
DATORE DI LAVORO ATTUALE:		DATA DI ASSUNZIONE:
INDIRIZZO DEL DATORE DI LAVORO:		
CITTÀ:	STATO:	CODICE POSTALE:
POSIZIONE:	ORARIO:	
NOME DEL CONTATTO DEL DATORE DI LAVORO:	NUMERO DI TELEFONO DEL CONTATTO DEL DATORE DI LAVORO:	INDIRIZZO E-MAIL DEL CONTATTO DEL DATORE DI LAVORO:
STORIA DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA		
Datore di lavoro:		
Date dell'attività lavorativa: / / A / /		
Posizione:		
Ore lavorate a settimana:		
Motivo della cessazione:		
Datore di lavoro:		
Date dell'attività lavorativa: / / A / /		
Posizione:		
Ore lavorate a settimana:		
Motivo della cessazione:		

Datore di lavoro:

Date dell'attività lavorativa: / / A / /

Posizione:

Ore lavorate a settimana:

Motivo della cessazione:

LIVELLO DI ISTRUZIONE

TITOLO DI STUDIO PIÙ ALTO CONSEGUITO: Scuola elementare Diploma di maturità (high school) TASC (Test Assessing Secondary Completion - GED) Diploma associate Laurea triennale Laurea magistrale Dottorato Altro:

INFORMAZIONI FINANZIARIE

REDDITO DA ATTIVITÀ LAVORATIVA:

ALTRE ENTRATE E FONTI:

PA SSI SSD Invalidità Assegno per minori
 Altro, specificare:

REDDITO MENSILE COMPLESSIVO:

SPESE MENSILI:La sua famiglia sta vivendo fattori di stress finanziario (ad es. pignoramento, bancarotta, ecc.)? No Sì

Se sì, spiegare:

La sua famiglia ha un'assicurazione sanitaria? No Sì

► affitto/mutuo	\$
► utenze (inclusi telefoni e cavo)	\$
► pagamenti auto	\$
► assicurazione auto	\$
► altra assicurazione	\$
► prestiti/debiti, carte di credito	\$
► cibo, vestiti, ecc.	\$
► svago	\$
Totale spese mensili	\$

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

DATA:

X

/ /

DICHIARAZIONE GIURATA – Una per richiedente

Rispondere alle seguenti domande in modo completo.

COGNOME:	NOME:	SECONDO NOME:
----------	-------	---------------

COGNOME DA NUBILE O QUALSIASI ALTRO ALIAS:

RECAPITO POSTALE ATTUALE:	CITTÀ:	STATO:	CODICE POSTALE:
---------------------------	--------	--------	-----------------

1. È mai stato condannato/a per un reato nel New York State in qualsiasi altra giurisdizione o Stato? No Sì

Se sì, fornire una spiegazione per ogni reato per il quale si è stati condannati, includendo il tipo di reato, il luogo, la data e le circostanze:

2. Qualcuno di età pari o superiore ai 18 anni attualmente residente nell'abitazione, è stato condannato per un reato nello Stato di New York o in qualsiasi altra giurisdizione o Stato? No Sì

Se sì, fornire una spiegazione per ogni reato per il quale la persona o le persone sono state condannate, includendo il tipo di reato, il luogo, la data e le circostanze:

Per quanto a mia conoscenza, dichiaro che le informazioni fornite sopra sono vere e complete. Comprendo che le informazioni sono soggette a verifica e che una dichiarazione o affermazione sostanzialmente falsa può comportare l'esclusione dalla qualifica di richiedente per aver presentato deliberatamente informazioni false o fuorvianti.

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

X

DATA:

/ /