

STATO DI NEW YORK  
UFFICIO SERVIZI PER I MINORI E LA FAMIGLIA  
(OFFICE OF CHILDREN AND FAMILY SERVICES)  
**DOMANDA PER GENITORI ADOTTIVI**  
**SOLO ADOZIONE**

**Istruzioni:**

**Candidati:** Ogni candidato deve compilare un modulo di domanda separato. L'operatore domiciliare/operatore dell'agenzia informerà il candidato se è necessaria una documentazione di supporto.

<b>INFORMAZIONI SUL/SULLA CANDIDATO/A</b>							
<b>NOME DEL/LA CANDIDATO/A:</b>							
COGNOME, NOME, INIZIALI SECONDO NOME:							
DATA DI NASCITA: / /	NUMERO DI PREVIDENZA SOCIALE (SOCIAL SECURITY NUMBER): - -	INDIRIZZO E-MAIL:					
INFORMAZIONI DI CONTATTO TELEFONICO:							
TEL. 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:			
<b>STATO CIVILE:</b>		<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Vedovo/vedova <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Coppia convivente					
<b>DEMOGRAFIA<sup>1</sup></b>							
<b>SESSO:<sup>2</sup></b>							
<input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Maschio							
<b>QUALI SONO I SUOI PRONOMI?</b>							
<input type="checkbox"/> Lei/le/sua <input type="checkbox"/> Lui/lo/suo <input type="checkbox"/> Loro/loro/loro <input type="checkbox"/> Altro							
<b>IDENTITÀ DI GENERE:<sup>3</sup></b>							
<input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Transessuale <input type="checkbox"/> Non conforme al genere <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> Rifiuto di rispondere							
<b>ORIENTAMENTO SESSUALE:<sup>4</sup></b>							
<input type="checkbox"/> Etero/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:							
<b>NATIVO/A AMERICANO/A?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì <i>Se sì, affiliazione tribale/nazione:</i>							
<b>INFORMAZIONI SUL NUCLEO FAMILIARE</b> *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.							
<input type="checkbox"/> N/A							
	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME	COGNOME, NOME
<b>DATA DI NASCITA</b>	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
<b>RELAZIONE CON IL/LA CANDIDATO/A</b>							

<sup>1</sup> Il/La candidato/a ha il diritto di rifiutare di rispondere alle domande di questa sezione senza che ciò influisca sulla sua domanda.

<sup>2</sup> "Sesso" si riferisce alle caratteristiche biologiche e fisiologiche di una persona.

<sup>3</sup> Con "identità di genere" ci si riferisce al senso interno di sé di una persona, indipendentemente dall'anatomia.

<sup>4</sup> Per "orientamento sessuale" si intende l'attrazione emotiva, romantica e sessuale di una persona verso altre persone.

<b>RELIGIONE</b>							
<b>SESSO</b>							
<b>ETNIA</b>							
<b>LINGUA</b>							
<b>STATO CIVILE</b>							
<b>*SSN</b>							
Ci sono bambini nel suo nucleo familiare, che sono in affidamento, in attesa di finalizzazione dell'adozione? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, per favore spiegare:							
Ci sono bambini nella sua famiglia, che non sono in affidamento, in attesa di finalizzazione dell'adozione? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì Se sì, per favore spiegare:							
<b>ALTRI FIGLI (SOTTO I 18 ANNI) CHE RISIEDONO AL DI FUORI DELLA FAMIGLIA</b>		<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>INDIRIZZO</b>			<b>RELAZIONE CON IL/LA CANDIDATO/A</b>	
<input type="checkbox"/> N/A							
		/ /					
		/ /					
		/ /					
		/ /					
		/ /					
<b>FIGLI MAGGIORENNI RESIDENTI FUORI DAL NUCLEO FAMILIARE</b>		<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>INDIRIZZO</b>			<b>RELAZIONE CON IL/LA CANDIDATO/A</b>	
<input type="checkbox"/> N/A							
		/ /					
		/ /					
		/ /					
		/ /					
		/ /					
<b>PENSIONANTI/AFFITTUARI</b>			<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>RELAZIONE CON IL/LA CANDIDATO/A</b>			
<input type="checkbox"/> N/A							
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
<b>ANIMALI DOMESTICI/ALTRI ANIMALI – TIPO PER ORDINANZA LOCALE</b>				<b>VACCINATO?</b>	<b>LICENZA?</b>		
<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 AFFIDAMENTO/ADOZIONE**

È attualmente un genitore adottivo approvato?  No  Sì

*Se sì, indicare la data o 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 un 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 negata?  Accettata  Ritirata  Rifiutata

*Se ritirata o negata, qual è stato il motivo?*

È stata revocata, sospesa, ceduta o decaduta la certificazione o l'approvazione di genitore affidatario?

N/A  No  Sì

*Se sì, qual è stato il motivo?*

**MEZZI DI TRASPORTO**

Quali sono i suoi piani per il trasporto del bambino in caso di necessità?

Se la risposta è "veicolo personale":

Possiede:

		<b>Prova fornita?</b>
Patente di guida valida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<i>Se sì, data di scadenza:</i> / /	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Assicurazione auto valida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<i>Se sì, data di scadenza:</i> / /	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Registrazione valida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<i>Se sì, data di scadenza:</i> / /	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
Revisione valida? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<i>Se sì, data di scadenza:</i> / /	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì

**REFERENZE**

Elencare tre referenze che possono servire come referenze personali.

NOME	INDIRIZZO	TELEFONO/INDIRIZZO E-MAIL

**INFORMAZIONI SULL'OCCUPAZIONE**

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 DI CONTATTO DEL DATORE DI LAVORO:	INDIRIZZO E-MAIL DI CONTATTO DEL DATORE DI LAVORO:

**STORIA OCCUPAZIONALE**

Datore di lavoro:

Date di occupazione:        /        /        A        /        /

Posizione:

Ore lavorate a settimana:

Motivo della cessazione:

Datore di lavoro:

Date di occupazione:        /        /        A        /        /

Posizione:

Ore lavorate a settimana:

Motivo della cessazione:

Datore di lavoro:

Date di occupazione:        /        /        A        /        /

Posizione:

Ore lavorate a settimana:

Motivo della cessazione:

**INFORMAZIONI SULL'ATTIVITÀ DOMESTICA**

Gestisce un'attività commerciale in casa?

 No     Sì

Se sì:

a. Quali sono gli orari?

b. Ha una licenza per una qualsiasi delle attività presenti in casa sua?

c. Descrizione:

Gestisce un programma di assistenza all'infanzia/asilo a casa sua?

 No     Sì

Se sì:

a. Quali sono gli orari?

b. Numero di partecipanti?

c. Descrizione:

Gestisce una casa-famiglia per adulti?

 No     Sì

Se sì:

Descrivere:

**PIANO PER LA SUPERVISIONE**

Quali sono i suoi piani per la supervisione di/dei bambino/i quando non è disponibile (ad esempio, durante l'orario di lavoro, dopo la scuola, in estate, ecc.)?

**STORIA DELL'ISTRUZIONE**ISTRUZIONE PIÙ ALTA COMPLETATA:     Scuola elementare     Diploma di maturità (high school)     TASC (Test Assessing Secondary Completion - GED)     Laurea breve     Laurea     Master     Dottorato     Altro:

Fornire dettagli [come il nome della scuola/college/università; specializzazione/corso di studi; anni di frequenza; data di laurea]:

<b>INFORMAZIONI FINANZIARIE</b>	
REDDITO DA LAVORO (verificato con W-2 o 1040):	
ALTRE ENTRATE E FONTI:	<input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Invalidità <input type="checkbox"/> Assegno per minori <input type="checkbox"/> Altro, specificare:
REDDITO MENSILE COMPLESSIVO:	
<b>SPESE MENSILI:</b>	
La sua famiglia sta vivendo fattori di stress finanziario (ad es. pignoramento, bancarotta, ecc.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
Se sì, per favore spiegare:	
La sua famiglia ha una copertura assicurativa medica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	
▶ affitto/mutuo	\$
▶ utenze (inclusi telefoni e cavo)	\$
▶ pagamenti auto	\$
▶ assicurazione auto	\$
▶ altra assicurazione	\$
▶ prestiti/debiti, carte di credito	\$
▶ cibo, vestiti, ecc.	\$
▶ divertimento	\$
<b>Totale spese mensili</b>	\$
FIRMA DEL/LA CANDIDATO/A: <b>X</b>	DATA: / /

<b>DICHIARAZIONE GIURATA – Una per candidato/a</b>			
Si prega di rispondere alle seguenti domande in modo completo.			
COGNOME:	NOME:	SECONDO NOME	
COGNOME DA RAGAZZA O QUALSIASI ALTRO ALIAS:			
INDIRIZZO POSTALE ATTUALE:	CITTÀ:	STATO:	CODICE POSTALE:
1. È mai stato/a condannato/a per un reato nello Stato di New York o in qualsiasi altra giurisdizione o Stato? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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. Una persona di età pari o superiore ai 18 anni attualmente residente nell'abitazione è mai stata condannata per un reato nello Stato di New York o in qualsiasi altra giurisdizione o Stato? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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:			
<b>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 materialmente falsa può comportare l'esclusione dalla qualifica di candidato/a per aver presentato deliberatamente informazioni false o fuorvianti.</b>			
FIRMA DEL/LA CANDIDATO/A: <b>X</b>			DATA: / /