

URZĄD DS. USŁUG DLA DZIECI I RODZIN  
STANU NOWY JORK  
**WNIOSEK RODZICÓW ADOPCYJNYCH**  
TYLKO ADOPCJA**Instrukcje:**

**Kandydat:** Każdy kandydat wypełnia osobny formularz. Osoba szukająca domu / pracownik agencji powiadomi kandydata o konieczności dostarczenia dodatkowej dokumentacji.

DANE KANDYDATA							
<b>IMIĘ I NAZWISKO KANDYDATA:</b>							
NAZWISKO, IMIĘ, INICJAŁ DRUGIEGO IMIENIA:							
DATA URODZENIA:		NUMER UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO:			ADRES E-MAIL:		
TELEFON: NR TELEFONU DOMOWEGO: (    ) - <input type="checkbox"/> Nie dotyczy    NR TEL. KOMÓRKOWEGO: (    ) - <input type="checkbox"/> Nie dotyczy							
AKTUALNY ADRES:							
MIEJSCOWOŚĆ:				STAN:		KOD POCZTOWY:	
JAK DŁUGO JEST PAN/PANI: <input type="checkbox"/> właścicielem <input type="checkbox"/> najemcą				OKRĘG SZKOLNY:			
<b>STAN CYWILNY:</b>		<input type="checkbox"/> żonaty/zamężna <input type="checkbox"/> rozwiedziony/rozwiedziona <input type="checkbox"/> kawaler/panna <input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa <input type="checkbox"/> w separacji <input type="checkbox"/> para mieszkająca wspólnie					
DANE DEMOGRAFICZNE <sup>1</sup>							
<b>PŁEĆ:</b> <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna							
<b>JAKIE ZAIMKI PAN/PANI PREFERUJE?</b> <input type="checkbox"/> Ona/jej <input type="checkbox"/> On/jego <input type="checkbox"/> Oni/ich <input type="checkbox"/> Inne							
<b>TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA:</b> <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Osoba transpłciowa <input type="checkbox"/> Nonkonformizm płciowy <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie wiem <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi							
<b>ORIENTACJA SEKSUALNA:</b> <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Osoba heteroseksualna <input type="checkbox"/> Osoba homoseksualna (gej/lesbijka) <input type="checkbox"/> Osoba biseksualna <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Nie wiem <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi							
RASA			POCHODZENIE ETNICZNE:			WYZNANIE RELIGIJNE:	
JĘZYKI:							
RDZENNY AMERYKANIN? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <i>Jeśli tak, prosimy podać plemię:</i>							
<b>INFORMACJE O CZŁONKACH GOSPODARSTWA DOMOWEGO</b> * W przypadku wszystkich członków gospodarstwa domowego w wieku co najmniej 18 lat wymagany jest numer ubezpieczenia społecznego (SSN). <input type="checkbox"/> Nie dotyczy							
	NAZWISKO, IMIĘ	NAZWISKO, IMIĘ	NAZWISKO, IMIĘ	NAZWISKO, IMIĘ	NAZWISKO, IMIĘ	NAZWISKO, IMIĘ	NAZWISKO, IMIĘ
DATA URODZENIA							
POKREWIEŃSTWO Z KANDYDATEM							
RELIGIA							

<sup>1</sup> Kandydat ma prawo odmówić odpowiedzi na pytania w tej części i nie ma to wpływu na jego wniosek.

<sup>2</sup> „Płeć” oznacza cechy biologiczne i fizjologiczne danej osoby.

<sup>3</sup> „Tożsamość płciowa” to określenie wewnętrznego poczucia danej osoby o sobie, niezależnie od anatomii.

<sup>4</sup> „Orientacja seksualna” to określenie, kto pociąga daną osobę pod względem emocjonalnym, romantycznym i seksualnym.

PLEĆ							
POCHODZENIE ETNICZNE							
JĘZYK							
STAN CYWILNY							
NR UBEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO (SSN)							

Czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym są dzieci objęte pieczę zastępczą oczekujące na zakończenie adopcji?

Nie  Tak *Jeśli tak, prosimy wyjaśnić:*

Czy w Pana/Pani gospodarstwie domowym są dzieci nieobjęte pieczę zastępczą oczekujące na zakończenie adopcji?

Nie  Tak

*Jeśli tak, prosimy wyjaśnić:*

INNE DZIECI (PONIŻEJ 18. ROKU ŻYCIA) MIESZKAJĄCE POZA GOSPODARSTWEM DOMOWYM	DATA URODZENIA	ADRES	POKREWIEŃSTWO Z KANDYDATEM
--	----------------	-------	-------------------------------

Nie dotyczy

	. .		
	. .		
	. .		
	. .		
	. .		

DOROSŁE DZIECI MIESZKAJĄCE POZA GOSPODARSTWEM DOMOWYM	DATA URODZENIA	ADRES	POKREWIEŃSTWO Z KANDYDATEM
---	----------------	-------	-------------------------------

Nie dotyczy

	. .		
	. .		
	. .		
	. .		
	. .		

LOKATORZY/NAJEMCY	DATA URODZENIA	POKREWIEŃSTWO Z KANDYDATEM
-------------------	----------------	-------------------------------

Nie dotyczy

	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	

ZWIERZĘTA DOMOWE / INNE ZWIERZĘTA – TYP ZGODNIE Z LOKALNYM ZARZĄDZENIEM	ZASZCZEPIONE?	POZWOLENIE?
--	---------------	-------------

Nie dotyczy

	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak

<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak

**DOŚWIADCZENIE JAKO RODZIC ZASTĘPCZY/ADOPCYJNY**Czy jest Pan/Pani obecnie zatwierdzonym rodzicem adopcyjnym?  Nie  Tak*Jeśli tak, prosimy podać datę (daty) zatwierdzenia, nazwę (nazwy) i dane kontaktowe agencji zatwierdzającej.*

DATA ZATWIERDZENIA	AGENCJA ZATWIERDZAJĄCA	INFORMACJE KONTAKTOWE
. . .		
. . .		
. . .		

Czy wcześniej ubiegał(a) się Pan/Pani o status rodzica zastępczego lub adopcyjnego w tym lub innym stanie?  Nie  Tak*Jeśli tak, prosimy podać nazwę (nazwy) i dane kontaktowe agencji.*

AGENCJA	INFORMACJE KONTAKTOWE

Czy Pana/Pani wniosek został zaakceptowany, wycofany lub odrzucony?  Zaakceptowany  Wycofany  Odrzucony*Jeśli wniosek został wycofany lub odrzucony, na jakiej podstawie?*

Czy kiedykolwiek doszło do odwołania, zawieszenia zrzeczenia się lub wygaśnięcia Pana/Pani certyfikacji lub zatwierdzenia jako rodzic zastępczy?

 Nie dotyczy  Nie  Tak*Jeśli tak, z jakiej przyczyny?***TRANSPORT**

Jak planuje Pan/Pani przewozić dziecko w miarę potrzeb?

Jeśli udzielono odpowiedzi „prywatny pojazd”:

Czy ma Pan/Pani:

**Potwierdzenie?**Ważne prawo jazdy?  Nie  Tak *Jeśli tak, prosimy podać datę ważności:* . .  Nie  TakWażne ubezpieczenie pojazdu?  Nie  Tak *Jeśli tak, prosimy podać datę ważności:* . .  Nie  TakWażny dowód rejestracyjny?  Nie  Tak *Jeśli tak, prosimy podać datę ważności:* . .  Nie  TakWażne badanie techniczne?  Nie  Tak *Jeśli tak, prosimy podać datę ważności:* . .  Nie  Tak**OSOBY UDZIELAJĄCE REFERENCJI**

Prosimy podać trzy osoby, które mogą udzielić referencji.

IMIĘ I NAZWISKO	ADRES	TELEFON / ADRES E-MAIL

**INFORMACJE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA**

AKTUALNY PRACODAWCA:

DATA ROZPOCZĘCIA:

ADRES PRACODAWCY:

MIEJSCOWOŚĆ:

STAN:

KOD POCZTOWY:

STANOWISKO:	GRAFIK:	
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU PRACODAWCY:	NUMER TELEFONU OSOBY DO KONTAKTU PRACODAWCY:	ADRES E-MAIL OSOBY DO KONTAKTU PRACODAWCY:

**HISTORIA ZATRUDNIENIA**

Pracodawca:

Daty zatrudnienia: . . . do . . .

Stanowisko:

Liczba przepracowanych godzin tygodniowo:

Przyczyna odejścia:

Pracodawca:

Daty zatrudnienia: . . . do . . .

Stanowisko:

Liczba przepracowanych godzin tygodniowo:

Przyczyna odejścia:

Pracodawca:

Daty zatrudnienia: . . . do . . .

Stanowisko:

Liczba przepracowanych godzin tygodniowo:

Przyczyna odejścia:

**INFORMACJE O PROWADZENIU DZIAŁALNOŚCI W DOMU**Czy prowadzi Pan/Pani działalność gospodarczą w domu?  Nie  Tak

Jeśli tak:

- W jakich godzinach prowadzona jest działalność?
- Czy ma Pan/Pani pozwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej w domu?
- Prosimy opisać:

Czy prowadzi Pan/Pani w swoim domu program opieki nad dziećmi / dzienną opiekę nad dziećmi?  Nie  Tak

Jeśli tak:

- W jakich godzinach prowadzona jest działalność?
- Liczba dzieci?
- Prosimy opisać:

Czy prowadzi Pan/Pani rodzinny dom dla dorosłych?  Nie  Tak

Jeśli tak:

Prosimy opisać:

**PLAN SPRAWOWANIA OPIEKI**

Jakie jest Pana/Pani plan opieki nad dzieckiem/dziećmi, kiedy nie jest Pan/Pani dostępny(-a) (np. w godzinach pracy, po szkole, latem itp.)?

**WYKSZTAŁCENIE**

NAJWYŻSZE ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE:  Szkoła podstawowa  Szkoła średnia  Dyplom szkoły średniej TASC (GED)  
 Dyplom policealnej szkoły zawodowej  Dyplom licencjata  Dyplom magistra  Tytuł doktora D.  Inne:

Prosimy podać szczegóły (takie jak nazwa szkoły (szkół) / uczelni (uniwersytetów); kierunek (kierunki) studiów; lata uczęszczania do szkoły; data ukończenia studiów):

INFORMACJE FINANSOWE	
DOCHÓD Z ZATRUDNIENIA (potwierdzony dokumentem W-2 lub 1040):	
INNE DOCHODY I ICH ŹRÓDŁA:	<input type="checkbox"/> Pomoc publiczna (PA) <input type="checkbox"/> Zpomoga uzupełniająca (SSI) <input type="checkbox"/> Świadczenie inwalidzkie (SSD) <input type="checkbox"/> Zasiłek dla niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> Alimenty na dziecko <input type="checkbox"/> Inny, prosimy wskazać:
ŁĄCZNY DOCHÓD MIESIĘCZNY:	
WYDATKI MIESIĘCZNE:	
Czy Pana/Pani rodzina zmagą się z problemami finansowymi (np. przejęcie nieruchomości, bankructwo itp.)? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <i>Jeśli tak, prosimy wyjaśnić:</i>	
Czy Pana/Pani rodzina posiada ubezpieczenie zdrowotne? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak	
▶ czynsz/hipoteka	USD
▶ media (w tym telefon i telewizja kablowa)	USD
▶ koszty związane z pojazdem	USD
▶ ubezpieczenie pojazdu	USD
▶ inne ubezpieczenia	USD
▶ kredyty/długi, karty kredytowe	USD
▶ żywność, odzież itp.	USD
▶ rozrywka	USD
<b>Miesięczne wydatki łącznie</b>	<b>USD</b>
PODPIS KANDYDATA: <b>X</b>	DATA: . .

OŚWIADCZENIE ZŁOŻONE POD PRZYSIĘGĄ – osobno dla każdego kandydata			
Prosimy udzielić pełnej odpowiedzi na poniższe pytania.			
NAZWISKO:	IMIĘ:	DRUGIE IMIĘ:	
NAZWISKO PANIEŃSKIE LUB JAKIKOLWIEK INNY PSEUDONIM:			
AKTUALNY ADRES DO KORESPONDENCJI, ULICA:	MIEJSCOWOŚĆ:	STAN:	KOD POCZTOWY:
1. Czy był(a) Pan/Pani kiedykolwiek skazany(-a) za przestępstwo na terenie stanu Nowy Jork lub innej jurysdykcji lub stanu? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <i>Jeśli tak, prosimy podać wyjaśnienie dla poszczególnych przestępstw, za które został(a) Pan/Pani skazany(-a), w tym typ przestępstwa, miejsce popełnienia, data i okoliczności:</i>			
2. Czy którakolwiek z osób w wieku co najmniej 18 lat zamieszkujących obecnie w domu była kiedykolwiek skazana za przestępstwo w stanie Nowy Jork lub w innej jurysdykcji lub stanie? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <i>Jeśli tak, prosimy podać wyjaśnienie dla poszczególnych przestępstw, za które skazano osobę, w tym typ przestępstwa, miejsce popełnienia, datę i okoliczności:</i>			
<b>Zgodnie z moim stanem wiedzy niniejszym poświadczam, że podane powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Rozumiem, że informacje te podlegają weryfikacji i że złożenie fałszywego oświadczenia lub deklaracji może skutkować dyskwalifikacją jako kandydata z tytułu celowego podania fałszywych lub wprowadzających w błąd informacji.</b>			
PODPIS KANDYDATA: <b>X</b>			DATA: . .