

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA DISOLUCIÓN DE ADOPCIÓN/TUTELA LEGAL
SUBVENCIONADA**

Nombre del (de los) padre(s) adoptivo(s)
o tutor(es) legal(es) anterior(es): _____

ID del proveedor: _____

Nombre del (de los) padre(s) adoptivo(s) o tutor(es) legal(es) probable(es): _____

ID o número de seguro social del proveedor: _____

Dirección: _____

Haga una lista, a continuación, de los niños que serán adoptados o que quedarán bajo tutela de los probables padres adoptivos/tutores legales subvencionados. Marque sí o no si actualmente tienen la tutela privada de cualquiera de estos niños.

Nombre del niño o niños: _____	ID: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	ID: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	ID: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	ID: _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento del (de los) niño(s) | <input type="checkbox"/> Certificado de Defunción del (de los) padre(s)/tutor(es) |
| <input type="checkbox"/> CANTS | <input type="checkbox"/> LEADS |
| <input type="checkbox"/> CERAP | <input type="checkbox"/> Copia de la subvención |
| <input type="checkbox"/> Formulario de pago directo al abogado. | |

Comentarios: _____

Fecha de pago/colocación 4999: ____ / ____ / ____

Fecha de acuerdo interino de subvención 4901: ____ / ____ / ____

Posible fecha de finalización de la adopción/transferencia de la tutela legal: ____ / ____ / ____

Firma del solicitante

Fecha

Aprobación del pago interino

Denegación del pago interino

Firma autorizante de la oficina del director

Fecha

Upon receipt of authorizing signature, fax this form to the DCFS Payment Unit. Fax (217) 557-0639