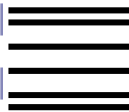
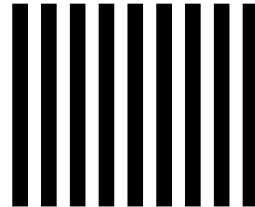


Zagiąć tutaj

NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 1897 SPRINGFIELD IL

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

STATE OF IL DEPT OF CHILDREN & FAMILY SERVICES
410 S 11TH ST
SPRINGFIELD IL 62703-9903



Dodatkowe źródła

Departament Stanu Illinois ds. Usług
na Rzecz Dzieci i Rodzin
DCFS.illinois.gov

Urząd Wspomagający Usługi na Rzecz Dzieci i Rodzin: 800-232-3798 (dni robocze 8:30 - 17.00)

Gorąca linia: 800-252-2873 (całodobowo)

Fundacja Pomocy Dzieciom Porzuconym
Save Abandoned Babies Foundation
www.saveabandonedbabies.org
312-440-0229

Departament Stanu Illinois ds.
Usług dla Ludności
www.dhs.state.il.us

Linia pomocy: 800-843-6154
(telefon tekstowy 800-447-6404)

Ośrodek Adopcyjny
Midwest Adoption Center
www.macadopt.org • 847-298-9096

Rejestr Adopcji Stanu Illinois oraz Wymiana Informacji
Medycznych Program (IARMIE)

<https://dph.illinois.gov/topics-services/birth-death-other-records.html>

877-323-5299 (numer bezpłatny)
lub 217-557-5159

Program IARMIE pozwala rodzicom biologicznym na upoważnienie do ujawnienia informacji umożliwiających ich identyfikację lub zakazanie ujawnienia tych informacji. Informacje poufne mogą być przekazywane osobom zarejestrowanym dopiero po tym, jak co najmniej dwie strony uczestniczące w adopcji wyrażą jednoznaczną zgodę na wymianę tych informacji. Rejestrując się w programie IARMIE należy podać swoje imię i nazwisko oraz fotokopię dowodu tożsamości wydane przez władze stanowe, informacje te mogą jednak pozostać poufne na życzenie osoby dokonującej rejestracji. Formularze rejestracyjne do programu IARMIE można także otrzymać w Departamencie Zdrowia Publicznego.

Ważne informacje medyczne można wymieniać anonimowo za pośrednictwem Wymiany Informacji Medycznych. Wymiana tych informacji jest możliwa jedynie w przypadku, gdy zarówno rodzic, (lub przybranych rodziców dziecka, gdy dziecko jest w wieku poniżej 21 lat) jak i dorosłe adoptowane dziecko dokonają dobrowolnej rejestracji i wyrażą zgodę na taką wymianę.

Wydrukowane przez władze Stanu Illinois
DCFS #409 • marzec 2024 • 600 egzemplarzy
CFS 1050-74-1-P • Wersja 3.12.24

Pomoc znajdziesz tutaj.



„Tutaj”, czyli wszędzie tam,
gdzie zobaczysz ten znak.

Boisz się i jesteś sama, ale nie
jesteś w sytuacji bez wyjścia.

Trafiłaś do miejsca, gdzie
otrzymasz pomoc!

Niniejsza ulotka wyjaśnia, jakie
masz prawa i co będzie dalej.



Dziękujemy, że przyniosłaś swoje dziecko do „bezpiecznego schronienia”. Podjęłaś trudną, ale odpowiedzialną decyzję. Twoje dziecko zostanie adoptowane przez rodzinę, która czeka na możliwość otoczenia dziecka miłością i opieką. Prosimy teraz o przekazanie nam pewnych informacji. Pomogą one zadbać o zdrowie Twoje dziecka w przyszłości. Możesz to zrobić anonimowo. Nic nie szkodzi, jeśli nie znasz odpowiedzi na wszystkie pytania, ale wszystko, co wiesz, może bardzo pomóc zarówno Twojemu dziecku, jak i jego rodzinie adopcyjnej.

Według przepisów (325 ILCS 2/1-70) obowiązujących w stanie Illinois:

- Możesz oddać swoje dziecko, całe i zdrowe, przez pierwszych 30 dni jego życia, a także
- Możesz odejść, nie udzielając odpowiedzi na żadne pytania oraz
- Zachować anonimowość i nie podlegać sankcjom karnym.
- Musisz oddać dziecko pracownikowi szpitala, remizy strażackiej, komisariatu policji lub biura szeryfa, a także
- Jeśli oddasz dziecko pracownikowi remizy strażackiej, komisariatu policji lub biura szeryfa, dziecko zostanie przewiezione do najbliższego szpitala i zbadane przez lekarza.
- Jeśli oddajesz dziecko osobie w „bezpiecznym schronieniu”, z prawnego punktu widzenia zakłada się, że jesteś biologicznym rodzicem dziecka, zgadzasz się na ustanie praw rodzicielskich i oddajesz swoje dziecko do adopcji.

Przeprowadzona zostanie weryfikacja w celu potwierdzenia, że dziecko nie zostało zgłoszone jako zaginione. Departament Stanu Illinois ds. Usług na Rzecz Dzieci i Rodzin (DCFS) skontaktuje się z działającą na terenie stanu Illinois agencją adopcyjną, która przekaże dziecko rodzinie adopcyjnej. Agencja adopcyjna zwróci się do sądu z wnioskiem o ustanowienie jej prawnym opiekunem dziecka do czasu zakończenia procedury adopcyjnej. Podczas postępowania adopcyjnego rodzice biologiczni zostaną pozbawieni praw rodzicielskich.

W przypadku pozostawienia dziecka w remizie strażackiej, na komisariacie policji lub w biurze szeryfa, a następnie powrotu w ciągu 30 dni, dana instytucja musi podać rodzicowi nazwę i adres szpitala, do którego przewieziono dziecko. W przypadku zmiany zdania po pozostawieniu dziecka w „bezpiecznym schronieniu”, należy zadzwonić do DCFS pod numer 800-252-2873.

- W rozmowie z DCFS należy poprosić o podanie nazwy agencji adopcyjnej, której przekazano dziecko oraz informację, gdzie toczy się postępowanie adopcyjne.
- Aby ubiegać się o odzyskanie dziecka, należy złożyć do sądu wnioski o przywrócenie opieki nad dzieckiem. Należy to zrobić, zanim sąd odbierze rodzicom prawa rodzicielskie.
- Czas pozostały do utraty praw rodzicielskich jest ograniczony. Sąd może odebrać rodzicom prawa rodzicielskie 60 dni po porzuceniu dziecka.
- W przypadku złożenia w sądzie wniosku o odzyskanie dziecka przed odebraniem praw rodzicielskich, sąd może zawiesić postępowanie adopcyjne na kolejne 60 dni i zażądać:
 - o przeprowadzenia badań genetycznych potwierdzających, że dana osoba jest rodzicem dziecka oraz
 - o przeprowadzenia przez DCFS dochodzenia i wywiadu środowiskowego oraz przedstawienia rekomendacji dla sądu
- W przypadku gdy rodzic nie spróbuje odzyskać dziecka przed odebraniem praw rodzicielskich, nie ma prawa podejmować żadnych prób odzyskania dziecka ani domagać się uznania swoich praw rodzicielskich w przyszłości.

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania i odesłanie formularza pocztą na adres DCFS State Central Register, 406 East Monroe Street, Station 30, Springfield, IL 62701. Podanie imienia i nazwiska nie jest wymagane. Można odpowiedzieć tylko na niektóre pytania i pozostawić inne bez odpowiedzi. Pomocne będą wszelkie informacje, jakich możesz udzielić. Jeśli podasz informacje umożliwiające Twoją identyfikację, będą one traktowane jako poufne. Jest to anonimowy, bezpieczny i zgodny z prawem proces. W przyszłości zarówno Ty, jak i Twoje dziecko (lub rodzice adopcyjni dziecka, które nie ukończyło 21 lat) będziecie mogli dokonać anonimowej wymiany informacji lub nawiązać kontakt. Jeśli podasz tutaj informacje umożliwiające Twoją identyfikację, informacje te nie zostaną przekazane nikomu bez Twojej zgody.

Data przyniesienia dziecka do „bezpiecznego schronienia”: _____

Lokalizacja „bezpiecznego schronienia”: _____

Wiek matki: _____ Wiek ojca: _____

Rasa i pochodzenie etniczne matki: _____

Rasa i pochodzenie etniczne ojca: _____

Data urodzenia dziecka: _____

Czy dziecko było wcześniakiem? ☐ Tak ☐ Nie

Opisz problemy podczas ciąży lub porodu, jeśli wystąpiły _____

Gdzie dziecko się urodziło (miejscowość/stan)? _____

Czy podczas ciąży... _____

☐ Paliłaś papierosy: Ile i w jakim okresie ciąży? _____

☐ Piłaś alkohol: Ile i w jakim okresie ciąży? _____

☐ Brałaś narkotyki/leki: _____

Jakie i w jakim okresie ciąży? _____

Czy korzystałaś z jakiegś opieki prenatalnej? Jeśli tak, opisz: _____

Czy masz inne dzieci? ☐ Tak ☐ Nie

Jeśli tak, ile mają lat? _____

Krewni: Matka, ojciec, siostra, brat, dziadkowie, ciotki, wujowie, siostrzenice, siostrzeńcy, bratanice, bratankowie, kuzynki lub kuzynowie dziecka. Proszę zakreślić kółkiem, jeśli ktoś z krewnych cierpi na jedno z poniższych schorzeń:

Alergie	Cukrzyca	Choroba psychiczna
Astma	Zespół Downa	Zanik mięśni
Rak	Choroby serca	Napady padaczkowe
Depresja	Nadciśnienie tętnicze	
Inne:	_____	

Jeśli chcesz napisać coś do swojego dziecka i/lub rodziny adopcyjnej, zrób to w pustym polu poniżej lub dołącz osobną kartkę. Możesz to zrobić nawet jeśli nie chcesz podać informacji umożliwiających identyfikację Twojej osoby. _____

Opcjonalne informacje umożliwiające identyfikację:

Dzisiejsza data: _____

Imię i nazwisko matki: _____

Adres korespondencyjny: _____

Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Adres e-mail: _____

Nr tel.: _____

Numer Social Security: _____

Data urodzenia matki: _____

Imię i nazwisko ojca: _____

Adres korespondencyjny: _____

Stan: _____ Kod pocztowy: _____

Adres e-mail: _____

Nr tel.: _____

Numer Social Security: _____

Data urodzenia ojca: _____

