

# Solicitud de adopción

Fotografía

Fotografía

La presente información tiene el carácter de CONFIDENCIAL de conformidad al art. 21 de la Ley de Transparencia y acceso a la Información Pública del Estado de Jalisco y sus Municipios.

## 1.- Datos Generales:

El:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Ella:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Edad:

El \_\_\_\_\_ Ella \_\_\_\_\_

Domicilio:

Calle, No. exterior, No. interior

Cruzamiento de calles

Colonia o sector, Código Postal

Municipio, Estado, Teléfono

Número teléfono celular:

El \_\_\_\_\_ Ella \_\_\_\_\_

## 2.- Lugar y fecha de nacimiento:

EL \_\_\_\_\_

ELLA \_\_\_\_\_

## 3.- Lugar y fecha de matrimonio:

\_\_\_\_\_

**4.- Escolaridad:**

El

Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Preparatoria	<input type="checkbox"/>
Técnica	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

Ella

Primaria	<input type="checkbox"/>
Secundaria	<input type="checkbox"/>
Preparatoria	<input type="checkbox"/>
Técnica	<input type="checkbox"/>
Universidad	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>

**5.-Datos de trabajo:**

**Profesión:**

El \_\_\_\_\_

Ella \_\_\_\_\_

**Trabajo Actual:**

El \_\_\_\_\_

Razón Social, Calle \_\_\_\_\_

Colonia o sector, Código Postal, Teléfono \_\_\_\_\_

Puesto, Antigüedad, Horario \_\_\_\_\_

Ella \_\_\_\_\_

Razón Social, Calle \_\_\_\_\_

Colonia o sector, Código Postal, Teléfono \_\_\_\_\_

Puesto, Antigüedad, Horario \_\_\_\_\_

**6.- Ingresos Mensuales:**

El \_\_\_\_\_

Ella \_\_\_\_\_

**7.- Egresos Mensuales:**

Alimentos \$ \_\_\_\_\_

Renta \$ \_\_\_\_\_

Luz, gas, teléfono \$ \_\_\_\_\_

Predial, agua \$ \_\_\_\_\_

Seguros de vida, autos, casa, médico \$ \_\_\_\_\_

Impuestos \$ \_\_\_\_\_

Otros \$ \_\_\_\_\_

TOTAL \$

**8.- Bienes Inmuebles:**

El \_\_\_\_\_

Ella \_\_\_\_\_

Breve descripción de la casa habitación donde actualmente viven

---

---

---

---

---

**9.- Desean adoptar de preferencia:**

Niño  Niña  Adolescente

Edad preferencial:

¿Están dispuestos a aceptar hermanos? \_\_\_\_\_

¿Cuántos y hasta qué edad? \_\_\_\_\_

¿Aceptarían a un menor con alguna limitación física o mental?

El \_\_\_\_\_ Ella \_\_\_\_\_

**10.-Cuestionario:**

I ¿Por qué desean un hijo?

El \_\_\_\_\_

---

---

Ella \_\_\_\_\_

---

---

---

II.-¿Qué piensan sobre la adopción?

El

---

---

---

Ella

---

---

---

III.- ¿Hace cuánto tiempo decidieron adoptar?

El

Ella

---

---

IV.- ¿Por qué se consideran aptos para adoptar a un menor?

El

---

---

---

Ella

---

---

---

V.- ¿Tiene conocimiento su familia acerca de su decisión de adoptar? ¿Qué opinan?

El

---

---

---

Ella

---

---

---

VI.- ¿Piensan decirle a su hijo que es adoptado? ¿Cuándo?

El

Ella

---

---

VII.- ¿Tienen hijos actualmente? Nombres y edades.

---

---

---

VIII.- ¿Vive alguien más con ustedes?

---

---

---

IX.- ¿Depende alguien más económicamente de ustedes?

---

---

---

X.- ¿Qué consideran que le pueden ofrecer a un hijo?

---

---

---

XI.- ¿Qué piensan que podría suceder en su relación de pareja si no llega un hijo, tanto biológico como adoptivo?

---

---

---

XVII.- ¿Con quién, o que trámites de adopción han realizado hasta ahora?

---

---

---

XVIII.- Describir brevemente la razón por la cual decidieron efectuar el trámite de adopción:

---

---

---

**II.- DECLARACIONES DE LOS SOLICITANTES:**

PRIMERA. Autorizamos a la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, a verificar los datos que contiene esta solicitud y obtener la información adicional que estime necesaria.

SEGUNDA. Estamos en disposición de someternos a los estudios necesarios para el trámite de nuestra solicitud; igualmente aceptamos que el resultado de los mismos sea inapelable.

TERCERA. Nos comprometemos a presentar cualquier tipo de documentación y/o información adicional que nos sea requerida por la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes, para la debida integración de nuestro expediente.

CUARTA. Manifestamos nuestra conformidad en coadyuvar con la Procuraduría de Protección de Niñas, Niños y Adolescentes para que lleve a cabo el seguimiento post adoptivo establecido en el artículo 531 del Código Civil vigente del Estado de Jalisco. Al efecto nos comprometemos a recibir al personal de dicha Institución en nuestro domicilio, así como notificar cualquier cambio de residencia o de teléfono.

## **12.- DECLARACIONES DE LA PROCURADURÍA DE PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES:**

PRIMERA. La documentación que acompañe a esta solicitud, al igual que los estudios practicados, así como sus resultados serán estrictamente confidenciales y se conservarán en los archivos de la Institución.

SEGUNDA. La falsedad y/o omisión de información en la presente solicitud, ocasiona su cancelación sin responsabilidad para la dependencia.

TERCERA. El término para presentar documentación adicional, en caso de ser requerida será de 30 días naturales, contados a partir de la requisición de la misma.

CUARTA. Se considerará como falta de interés y causará baja inmediata y definitiva de la solicitud presentada.

- a) El no cumplimiento a la declaración tercera, dentro del término señalado en ella.
- b) La cancelación de citas para estudio socioeconómico en más de dos ocasiones.
- c) La falta de asistencia a más de dos citas programadas en el área de psicología.
- d) La inasistencia al Taller de Padres Adoptivos.
- e) No cumplir, o no acreditar haber cumplido con las recomendaciones sugeridas por el equipo interdisciplinario de la Dirección de Tutela de Derechos y/o del Procurador de Protección de Niños, niñas y Adolescentes.
- f) No cumplir, o no acreditar haber cumplido con las recomendaciones sugeridas por el equipo interdisciplinario de la Dirección de Tutela de Derechos y/o del Procurador de Protección de Niños, niñas y Adolescentes.

QUINTA. Aprobada la solicitud por el Procurador de Protección de Niños, niñas y Adolescentes, la asignación del menor en adopción estará sujeta a la disposición de menores cuya situación jurídica esté resuelta y los aspectos biopsicosociales de su(s) problemática(s) lo permitan.

## FIRMA DE LOS SOLICITANTES

---

FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD:

---

NOMBRE Y FIRMA

