



Clear

Verificación de Elegibilidad de la ley del Acto Indio del Bienestar Infantil (Indian Child Welfare Act)

Go To Page 2

La sección administrativa 65C-28.013 del código de la Florida requiere la determinación de la elegibilidad bajo la ley del acto indio del bienestar infantil (Indian Child Welfare Act) (25 USC 1901 y seq.) en el inicio de cada investigación.

Nombre del caso: _____ FSN #: _____

Investigador o trabajador Social: _____

La información siguiente será utilizada para establecer descendencia Nativa India-Americana/ Alaska. Por favor contestar a las preguntas al mejor de tu conocimiento.

1. ¿Tienes descendencia nativa india americana o de Alaska? Comprobar abajo.

☐ **NO** Si indica "no", favor de no continuar y firme en la parte inferior de la forma.

☐ **SÍ** Si indica "sí", contestar TODAS las preguntas debajo. Luego dar la vuelta a la forma y completar la sección del historial familiar tanto como sea posible.

2. Nombre de la tribu o de la banda: _____ Membresía #: _____

3. ¿Es usted o cualquiera de sus parientes miembro de una corporación nativa de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Si indica "sí", nombrar la corporación: _____

4. ¿Usted o miembros de su familia ha vivido en una reservación o en una aldea de Alaska?

☐ Sí ☐ No Si indica "sí", dónde? _____

5. Por favor completar esta información para los niños de descendencia Nativa India Americana o de Alaska.

Nombre(s) del/los niño(s)	Fecha de Nacimiento	Lugar de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del Padre/Madre: _____

Go To Page 2

Firma del Padre/Madre: _____ Fecha: _____

Nombre y relación del informador: _____

Si la información antedicha es proporcionada por alguien con excepción de los padres biológicos, por favor documentar el nombre y la relación del informador con el niño y la información de contacto en las notas de caso en la Florida Safe Families Network.

Sección del historial familiar

[Go Back To Page One](#)

INSTRUCCIONES

Proveer lo siguiente: Nombre, Fecha de Nacimiento (DOB), Lugar de Nacimiento (POB), Nombre de la Tribu – especifique la banda si la conoce.

<u>Birth Parent</u>	<u>Grandmother</u>	<u>Grandfather</u>	<u>Great Grandmother</u>	<u>Great Grandfather</u>
Name: _____	Name: _____	Name: _____	Name: _____	Name: _____
DOB: _____	DOB: _____	DOB: _____	DOB: _____	DOB: _____
POB: _____	POB: _____	POB: _____	POB: _____	POB: _____
Tribe: _____	Tribe: _____	Tribe: _____	Tribe: _____	Tribe: _____

[Go Back To Page One](#)

Documente cualquier dirección conocida u otra información de contacto que pueda asistir para contactar miembros de la familia para verificación de elegibilidad según la guía de la ley del acto indio del bienestar infantil Indian Child Welfare Act dentro de las notas investigativas.