

División de Servicios Sociales de Carolina del Norte  
ACUSE DE RECIBO DE INFORMACIÓN COMPARTIDA

Yo (Nosotros) \_\_\_\_\_ por el presente acuse (acusamos) recibo de  
Nombre de la madre/padre(s) adoptivo(s)

un documento escrito que incluye la siguiente información de \_\_\_\_\_

Departamento de Servicios Sociales del Condado en relación a la adopción de \_\_\_\_\_  
Nombre del niño(a)

**Marque todas las casillas que aplican**

- Toda la información básica no identificada disponible (K).
  
- Toda la información relacionada con la salud disponible (K) sobre el niño(a) y su familia biológica, incluyendo el presente estado de salud mental y física, historial genético y de salud y cualquier historial de abuso de sustancias, sexual, físico o emocional.
  
- Toda la información de comportamiento actual, colocaciones, salud mental, escuela y otra información disponible que tenga impacto en su futuro y el de nuestra familia.
  
- Elegibilidad para el Programa de Asistencia para Adopción
  
- Otro (*especifique*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Si la información no está disponible, explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo (Nosotros) \_\_\_\_\_ he (hemos) proporcionado suficiente  
Nombre de la madre/padre(s) adoptivo(s)  
información para tomar la decisión de adoptar a \_\_\_\_\_  
Nombre del niño(a)

Firma del Padre adoptivo	Fecha
Firma de la Madre adoptiva	Fecha
Firma del Trabajador Social	Fecha
Firma del Director del Departamento de Servicios Sociales del Condado	Fecha