SC29

205379

**Código SIACI**

**Nº Procedimiento**

**SOLICITUD DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LAS PERSONAS QUE SE OFRECEN PARA LA ADOPCIÓN INTERNACIONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primer Oferente: NIF  NIE | | | | | | Número de documento: | | | | |  | |  | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | | 2º Apellido: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre  Mujer  Fecha de Nacimiento: | | | | | | | |  | | Natural de: | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | Nacionalidad: | | | |  | | | | | | Estado Civil: | | | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | Teléfono móvil: | | | |  | | | | Correo electrónico: | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | | | | | | | | | | | | | Segundo Oferente: NIF  NIE | | | Número de documento: | | | |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Nombre: |  | 1º Apellido: | |  | | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Hombre  Mujer  Fecha de Nacimiento: | | | |  | Natural de: | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Provincia: |  | Nacionalidad: | |  | | | | | Estado Civil: | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Teléfono: |  | Teléfono móvil: | |  | | Correo electrónico: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Datos Comunes: Domicilio: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: | |  | | | Provincia: | | | |  | | | | | | | C.P.: | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Años de Convivencia: | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal  *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Infancia y Familia. |
| **Finalidad** | Gestión de las solicitudes de adopción tanto nacionales como internacionales. |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos; datos de categoría especial: 9.2.h) el tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social del Reglamento General de Protección de Datos. Código Civil; la Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción internacional; la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha; la Ley 7/2023, de 10 de marzo, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha; el Real Decreto 165/2019, de 22 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de Adopción internacional, y el Decreto 45/2005, de 19 de abril, por el que se regula la adopción de menores. |
| **Destinatarios** | Existe cesión de datos. |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica <https://rat.castillalamancha.es/info/0187> |

|  |
| --- |
| **Datos de la solicitud** |
| **ADOPCIÓN INTERNACIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS** |
| **EXPONE:**  Que de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil y en cumplimiento de lo establecido en la Ley 54/2007, de 28 de diciembre, de Adopción internacional; la Ley 7/2023, de 10 de marzo, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha*; el* Decreto 45/2005, de 19 de abril, por el que se regula la adopción de menores y demás legislación aplicable.  **SOLICITA:**  1. Ser valorados a efectos de emitir informes psicológicos y sociales de idoneidad, y certificación de la Idoneidad para adoptar a un niño/a o niños/as procedentes de:  INDIQUE PAIS:   |  | | --- | |  |   2. Desean que su expediente de solicitud de Adopción Internacional sea tramitado:   * A través de Protocolo Público: …………………………………….………… .. * A través de un Organismo Acreditado para la intermediación en Adopción (OAA):   En este caso:  Nombre del OAA: |

|  |
| --- |
| **Acreditación del cumplimiento de los requisitos** |
| **Declaración responsable:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que se comprometen a:   * Concurrir a la convocatoria del curso de Formación para la Adopción que les sea ofertada desde las delegaciones provinciales de la Consejería de Bienestar Social de la provincia correspondiente a su lugar de residencia, así como a realizar las entrevistas de valoración social y psicológica para la determinación de la idoneidad para la adopción. * Comunicar a la Entidad Pública Competente en materia de protección de menores, la llegada del niño o niña. * Colaborar con los técnicos del Equipo Interdisciplinar de Menores para el seguimiento de la adaptación de la persona menor de edad a su nueva familia con la periodicidad que sea determinada como precisa en interés del propio niño o niña por el equipo correspondiente. * Comunicar a la Entidad Pública Competente en materia de protección de menores, la adquisición de nacionalidad de la persona menor de edad. * Declaran expresamente y bajo su responsabilidad que no tienen en trámite ningún otro expediente de adopción internacional (con las excepciones previstas en el artículo 9.3 del Decreto 45/2005, de 19 de abril, por el que se regula la adopción de menores). * Asimismo, declaran expresamente que conocen y aceptan que en función de lo dispuesto por el artículo 86.c) de la la Ley 7/2023, de 10 de marzo, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha, y del artículo 5.2 del Decreto 45/2005, de 19 de abril, por el que se regula la adopción de menores, los solicitantes no pueden establecer en su solicitud ningún tipo de discriminación por razón de raza o sexo del niño o de la niña   Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Autorizaciones**:  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de los datos acreditativos de identidad y empadronamiento.  Me opongo a la consulta de datos de estar al corriente y dado de alta a fecha concreta en la Tesorería General de la Seguridad Social  Me opongo a la consulta de datos referentes a antecedentes penales de cada uno de los oferentes.  Me opongo a la consulta de datos referentes a antecedentes por delitos sexuales de cada uno de los oferentes  Me opongo a la consulta de datos o documentos emitidos por la Administración Regional.  Autorizo la consulta de datos tributarios (última declaración de la renta)  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.  -  -  -  En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.  La autorización se otorga exclusivamente a efectos de reconocimiento, seguimiento y control de la presente solicitud, y en aplicación de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.  **Documentación:**  Dos fotografías tamaño carnet de cada uno de los solicitantes.  En su caso, fotocopia del libro de familia, donde se acredite el matrimonio o la filiación de los hijos.  Certificado de haber asistido a la sesión informativa impartida por la delegación provincial de la Consejería de Bienestar Social.  Declaración jurada en la que se exprese la existencia en su caso, de hijos propios, adoptados o en proceso de adopción, y no estar privados o privado de la patria potestad.  Certificados médicos del estado de salud de cada solicitante en los que se acredite su estado de salud física y mental. En caso de enfermedad deberá constar el diagnóstico y pronóstico, así como el grado de discapacidad si la hubiere.  Anexo a la Solicitud de Adopción Internacional. |

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO I A LA SOLICITUD DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL** | | | | | | | | | |
| **Describan brevemente los motivos que les llevan a solicitar una adopción internacional:**    **Describan los motivos que determinaron su elección del país al que dirigen su solicitud:** | | | | | | | | | |
| **Datos Familiares:** | | | | | | | | | |
| **Fechas de nacimiento:** | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  | | |  |
|  |  | **Nº de Hijos:** | | | |  | | |  |
|  |  |  |  | |  |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | | |  |
| ¿Ha realizado alguna adopción o acogimiento familiar anteriormente? SÍ  NO | | | | | | | | | |
|  | En caso afirmativo, indicar: | | | Fecha de acogimiento o adopción: | | | Nombre del niño o de la niña: | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  | |  |
| ¿Han presentado en alguna ocasión otra/s solicitud/es de adopción? SÍ  NO | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, ¿Qué tipo de solicitud? Nacional  Internacional | | | | | | | | | |
| ¿Tienen alguna decisión tomada respecto a la edad del niño/s o niña/s a adoptar? SÍ  NO | | | | | | | | | |
|  | En caso afirmativo, especifíquenla: | | | De 0-1 año. | | De 1-2 años. | | De 2-3 años. |  |
|  | De 3-5 años. | De 6-9 años. | | De 10-14 años. | | De 15-17 años. | | Indistinta. |  |
| ¿Adoptarían a un niño o niña con necesidades especiales? SÍ  NO | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, especifiquen el tipo de necesidades especiales que asumirían:  Discapacidad psíquica.  Discapacidad física  Discapacidad sensorial.  Enfermedades crónicas.  Otras, especificar: | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | -  -  -  -  - | | | | | | | | | | |
| ¿Adoptarían a más de una persona menor de edad en el caso de que fueran hermanos?: SÍ  NO | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, indiquen el número máximo de hermanos: | | | | | | | | | |

En      , a       de       de 20  .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**DELEGACIÓN PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE BIENESTAR SOCIAL DE**