S777

**Nº Procedimiento**

**Código SIACI**

200001

**SOLICITUD DE ADOPCIÓN** **DE NIÑOS Y NIÑAS DE CASTILLA-LA MANCHA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LAS PERSONAS QUE SE OFRECEN PARA LA ADOPCIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS DE CASTILLA-LA MANCHA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |
| **VALORACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LAS PERSONAS QUE SE OFRECEN PARA LA ADOPCIÓN.** |
| **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:**  Su inscripción en el Registro de Solicitantes de Adopción de Castilla la Mancha, comprometiéndose a asumir todas las obligaciones que tanto el Código Civil como la Ley 7/2023, de 10 de marzo, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha, y el Decreto 45/2005, de 19 de abril, por el que se regula la adopción de menores, imponen en materia de adopciones, según las expectativas que se expresan en documento Anexo. |

|  |
| --- |
| **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. * 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. * Declaran expresamente que conocen y aceptan que en función de lo dispuesto por el artículo 6.c) de 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 menor.   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 de niños y niñas en Castilla La Mancha. |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO I A LA SOLICITUD DE ADOPCIÓN REGIONAL** | | | | | | | | | |
| **Describan brevemente los motivos que les llevan a solicitar una adopción regional:** | | | | | | | | | |
| **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 niñas/s a adoptar? SÍ  NO | | | | | | | | | |
|  | En caso afirmativo, especificar: | | | 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/s o niña/s con necesidades especiales?: SÍ  NO | | | | | | | | | |
| En caso afirmativo, especifiquen el tipo de características 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: | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| ¿Autoriza a la Dirección General competente en materia de infancia y familia a enviar su expediente a otras Comunidades Autónomas para participar en procesos de selección cuando soliciten colaboración a nivel nacional?  Marque la casilla que corresponda.  SÍ  NO |

En      , a       de       de 20  .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

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