

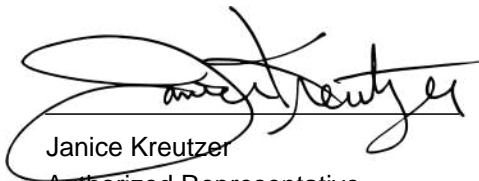
# Certification of Translation Accuracy

Translation of **Adoption Form** from **English** to **Spanish**

As an authorized representative of RushTranslate, a professional translation services agency, I hereby certify that the above-mentioned document has been translated by an experienced, qualified and competent professional translator, fluent in the above-mentioned language pair and that, in my best judgment, the translated text truly reflects the content, meaning, and style of the original text and constitutes in every respect a complete and accurate translation of the original document. This document has not been translated for a family member, friend, or business associate.

This is to certify the correctness of the translation only. I do not make any claims or guarantees about the authenticity or content of the original document. Further, RushTranslate assumes no liability for the way in which the translation is used by the customer or any third party, including end-users of the translation.

A copy of the translation is attached to this certification.



Janice Kreutzer  
Authorized Representative  
Order Date: October 15, 2024

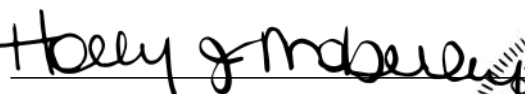
RushTranslate  
640 South Fourth Street  
Suite 300  
Louisville, KY 40202  
United States



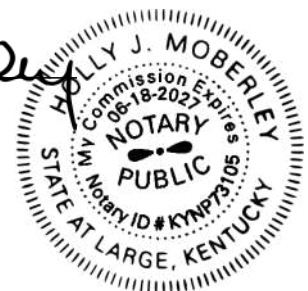
State of Kentucky  
County of Jefferson

I, a Notary Public, hereby certify that Janice Kreutzer, whose name is signed to the foregoing instrument, and who is known to me, acknowledged before me on this day that, being informed of the contents of the instrument, has executed the same voluntarily on the day the same bears date.

Given under my hand on October 17, 2024.



Signature of Notary Public



Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio  
**LEGISLACIÓN DE OHIO Y MATERIALES SOBRE ADOPCIÓN**

**SECCIÓN I: INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA ADOPCIÓN**

La legislación de Ohio exige que las agencias o abogados que trabajan con padres que desean dar en adopción a su hijo hablen sobre el proceso de adopción, proporcionen a los padres información escrita sobre la adopción y hablen sobre las ramificaciones de dar su consentimiento para la adopción del niño.

Al firmar esta sección del formulario, usted reconoce que:

- se le ha entregado una copia del material escrito sobre la adopción
- ha podido hablar y hacer preguntas sobre el material y el proceso de adopción; y
- ahora está al tanto de las ramificaciones de dar su consentimiento para la adopción de su hijo o de firmar un acuerdo voluntario de cesión permanente de la custodia.

|                           |                             |       |
|---------------------------|-----------------------------|-------|
| Firma del padre biológico | Nombre en letra de imprenta | Fecha |
| Firma del evaluador       | Nombre en letra de imprenta | Fecha |
| Firma del testigo         | Nombre en letra de imprenta | Fecha |

La legislación de Ohio permite a los padres que van a dar a su hijo en adopción decidir en cualquier momento si permiten que el Departamento de Salud de Ohio (ODH) divulgue información sobre su identidad del expediente de adopción a los padres adoptivos y al menor. La información sobre su identidad incluye nombre, apellidos, apellido de soltera, alias, número de la seguridad social, dirección, número de teléfono, lugar de trabajo, número utilizado para identificar a una persona a efectos de un sistema de gestión de la educación en todo el estado y cualquier otro número que exijan o permitan utilizar las leyes federales/estatales como medio de identificación de una persona.

Al firmar esta sección del formulario usted reconoce que:

- se le ha proporcionado información detallada sobre su capacidad para dar su consentimiento a la divulgación de información sobre su identidad;
- está al tanto de que puede permitir que la ODH divulgue información sobre su identidad al padre adoptivo cuando la persona adoptada cumpla dieciocho años, pero sea menor de veintiuno; y a la persona adoptada cuando sea mayor de veintiún años;
- puede prohibir que se divulgue su identidad; y
- se le ha informado que puede cambiar la decisión que tome hoy en cualquier momento y tantas veces como lo desee mediante la firma, fechado y presentación ante el Departamento de Salud de Ohio de un Formulario de Negación de Divulgación o un Formulario de Autorización de Divulgación una vez que facilite al Departamento de Salud de Ohio dos medios de identificación.

|                           |                               |       |
|---------------------------|-------------------------------|-------|
| Firma del padre biológico | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Firma del evaluador       | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Firma del testigo         | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Nombre del menor          | Fecha de nacimiento del menor |       |

## SECCIÓN II: NEGACIÓN O AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN ESPECÍFICA

Según la ley de Ohio, los padres pueden divulgar información específica de identificación o de otro tipo. Por favor, marque SÍ o NO a lo siguiente:

Entrega de materiales (que no sean fotografías), es decir, mantita de bebé, carta dirigida al niño, brazalete del bebé, libros, etc.

SÍ, autorizo a la agencia o al abogado a divulgar materiales (que no sean fotografías) a solicitud del padre adoptivo o de la persona adoptada.

NO, no autorizo la divulgación de materiales sobre mí al padre adoptivo o a la persona adoptada.

Divulgación de fotografías

SÍ, autorizo a la agencia o al abogado a divulgar fotografías mías a solicitud del padre adoptivo o de la persona adoptada.

NO, no autorizo la divulgación de fotografías mías al padre adoptivo o a la persona adoptada.

Divulgación del nombre de pila

SÍ, autorizo a la agencia o al abogado a divulgar mi nombre de pila a solicitud del padre adoptivo o de la persona adoptada.

NO, no autorizo la divulgación de mi nombre de pila.

Al firmar esta sección del formulario, también reconozco que se me ha entregado una copia de los materiales escritos sobre adopción redactados por el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. Además, me han explicado el proceso de adopción y me han explicado las ramificaciones de dar mi consentimiento para la adopción o de firmar un acuerdo voluntario de cesión permanente de la custodia. Me han dado la oportunidad de revisar los materiales y hacer preguntas sobre los mismos.

|                           |                               |       |
|---------------------------|-------------------------------|-------|
| Firma del padre biológico | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Firma del evaluador       | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Firma del testigo         | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Nombre del menor          | Fecha de nacimiento del menor |       |

### SECCIÓN III: DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN

Declaración relativa a la divulgación de información de identificación

El propósito de esta sección del formulario es que usted decida si autoriza al Departamento de Salud de Ohio (ODH) a facilitar a la persona adoptada y a los padres adoptivos información sobre su identidad contenida en el expediente de adopción archivado por el ODH. Por favor, marque sólo una casilla:

Al marcar esta casilla indico que **sí autorizo** la divulgación de información sobre mi identidad que se encuentra en el expediente de adopción archivado por el ODH. Esta información se divulgará previa solicitud al padre adoptivo cuando la persona adoptada tenga entre dieciocho y veintiún años de edad; y a la persona adoptada cuando sea mayor de veintiún años de edad.

Al marcar esta casilla indico que **no autorizo** la divulgación de información sobre mi identidad, y prohíbo la divulgación de información sobre mi identidad contenida en el expediente de adopción archivado por ODH.

Se me ha leído en voz alta la siguiente Declaración de divulgación respecto a la divulgación de información de identidad, y comprendo plenamente su contenido:

Usted puede cambiar su decisión en cualquier momento y cuantas veces lo desee con respecto a la divulgación de información sobre su identidad mediante la firma, fechado y presentación de un Formulario de Negación de Divulgación o un Formulario de Autorización de Divulgación establecido y proporcionado por el ODH, y mediante la entrega al departamento de dos medios de identificación.

Se le ha entregado y ha tenido la oportunidad de revisar los materiales escritos sobre adopción proporcionados por el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. Al firmar esta sección del presente formulario, usted reconoce que se le ha entregado una copia de los materiales escritos sobre la adopción preparados por el ODJFS. Se ha hablado con usted sobre la información relativa al proceso de adopción y las ramificaciones de dar su consentimiento para una adopción o celebrar un acuerdo voluntario de cesión permanente de la custodia, y se le ha dado la oportunidad de revisar y hacer preguntas sobre los materiales.

|                           |                               |       |
|---------------------------|-------------------------------|-------|
| Firma del padre biológico | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Firma del evaluador       | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Firma del testigo         | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Nombre del menor          | Fecha de nacimiento del menor |       |

**SECCIÓN IV: INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL NACIMIENTO DEL NIÑO Y GASTOS RELACIONADOS (A RELLENAR POR LA MADRE BIOLÓGICA)**

La legislación de Ohio exige que se facilite al tribunal información sobre los gastos en que haya incurrido la madre u otra persona/organismo relacionados con el nacimiento del menor y su adopción. Sírvase responder a las siguientes preguntas lo mejor que pueda.

Beneficiaria de asistencia médica

Sí, yo, la madre biológica, durante mi embarazo, **fui** beneficiaria del programa de asistencia médica establecido en virtud del Capítulo 5111. del Código Revisado de Ohio u otros programas de seguro médico público.

    Mi elegibilidad comenzó

    Mi elegibilidad terminó

NO, yo, la madre biológica, durante mi embarazo, **no fui** beneficiaria del programa de asistencia médica establecido en virtud del Capítulo 5111. del Código Revisado de Ohio ni de otros programas de seguro médico público.

Cobertura de un seguro médico privado

Sí, yo, la madre biológica, durante mi embarazo **tuve** cobertura de un seguro médico privado.

    Mi cobertura comenzó

    Mi cobertura terminó

    Nombre de mi aseguradora

    Tipo de cobertura

    Número de identificación de mi seguro

No, yo, la madre biológica, durante mi embarazo, **no tuve** cobertura de un seguro médico privado.

Lugar del parto y atención médica

Indique el nombre y la ubicación del hospital, maternidad autónoma u otro lugar al que acudió la madre para el parto y, si es diferente, donde recibió atención médica inmediatamente después del parto.

    Nombre

    Lugar (ciudad)

    ¿Sus gastos médicos y de parto se pagaron directamente a usted o al centro?

    Indique los gastos de atención obstétrica y neonatal

|                  |                               |
|------------------|-------------------------------|
| Nombre del menor | Fecha de nacimiento del menor |
|------------------|-------------------------------|

**SECCIÓN IV: INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL NACIMIENTO DEL NIÑO Y GASTOS RELACIONADOS (CONTINUACIÓN)**

Los gastos de adopción a pagar incluyen

- Gastos médicos de la madre
- Gastos médicos del menor
- Gastos hospitalarios de la madre
- Gastos hospitalarios del menor
- Gastos del abogado encargado de la adopción
- Gastos de la agencia de adopción
- Gastos temporales de manutención habitual
- Honorarios del tutor *ad litem*
- Gastos de acogida
- Gastos del tribunal
- Gastos de manutención de la madre biológica que no superen los tres mil dólares y realizados durante el embarazo hasta los sesenta días posteriores a la fecha de nacimiento del menor y abonados por el solicitante a la madre biológica por medio del abogado o la agencia encargada de tramitar la adopción del menor.

Sí, yo, la madre biológica, **he sido informada** de que los padres adoptivos, la agencia o el abogado encargado de la adopción asumirán los gastos relacionados con la adopción. Me han informado o he recibido una estimación de los gastos a pagar. Los gastos a pagar ascenderán a \$

NO, yo, la madre biológica, **no he sido informada** de que los padres adoptivos, la agencia o el abogado encargado de la adopción pagarán los gastos relacionados con la adopción.

Al firmar este formulario, reconozco que la información que contiene es exacta a mi leal saber y entender, y que he recibido una copia de este documento.

|                           |                               |       |
|---------------------------|-------------------------------|-------|
| Firma del padre biológico | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Firma del evaluador       | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Firma del testigo         | Nombre en letra de imprenta   | Fecha |
| Nombre del menor          | Fecha de nacimiento del menor |       |

**LA LEGISLACIÓN DE OHIO EXIGE QUE LOS PADRES RECIBAN UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO**