

SOLICITUD DE ADOPCIÓN NACIONAL CONJUNTA.¹

I. DATOS PERSONALES

Solicitante 1

Nombre: Apellido:

Edad: Profesión u oficio:

Estado familiar: Lugar de nacimiento:

Fecha de nacimiento: Nacionalidad:

País de origen: N° de Documento Único de Identidad:

N° de Pasaporte: Originario del Municipio:

Departamento: Teléfono de casa:

Teléfono de celular: Correo electrónico:

Solicitante 2

Nombre: Apellido:

Edad: Profesión u oficio:

Estado familiar: Lugar de nacimiento:

Nombre y apellido del cónyuge o compañero de vida, en caso de estar casado o acompañado:

Edad del cónyuge o compañero de vida, en caso de estar casado o acompañado:

Lugar de nacimiento: Fecha de nacimiento:

Nacionalidad: País de origen:

N° de Documento Único de Identidad: N° de Pasaporte:

Originario del Municipio: Departamento:

Teléfono de casa: Teléfono de celular:

Correo electrónico:

¹ De conformidad con el Art. 73 inciso 1 de la Ley Especial de Adopciones, esta solicitud se encuentra dirigida a la persona titular de la Dirección Ejecutiva de la Oficina para Adopciones, y ha sido elaborada en este formato para hacerlo más amigable y entendible para las personas que desean adoptar en El Salvador, según lo establecido en el Art. Art. 6 inciso 4 de la Ley de Procedimientos Administrativos.



Ambos solicitantes

INFORMACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON SU ESTADO FAMILIAR DE CASADOS O CONVIVENCIA DECLARADA POR EL JUEZ DE FAMILIA

CANTIDAD EN AÑOS

Años de conocerse:

Años de casados o acompañados (declarados convivientes):

Ambos solicitantes

INFORMACIÓN ADICIONAL RELACIONADA CON HIJOS E HIJAS QUE HAYAN SIDO PROCREADOS

SI

NO

CANTIDAD

Hijos en común:

Hijos fuera del matrimonio o convivencia:

Detallar nombres y edad de las hijas o hijos, en caso de existir:

- | | | | | |
|----|---------|----------------------|-------|----------------------|
| 1. | Nombre: | <input type="text"/> | Edad: | <input type="text"/> |
| 2. | Nombre: | <input type="text"/> | Edad: | <input type="text"/> |
| 3. | Nombre: | <input type="text"/> | Edad: | <input type="text"/> |
| 4. | Nombre: | <input type="text"/> | Edad: | <input type="text"/> |
| 5. | Nombre: | <input type="text"/> | Edad: | <input type="text"/> |

Detallar si conocen el proyecto de adopción y si lo comparten:

Ambos solicitantes:

Dirección de su lugar de
residencia habitual (Casa):

Puntos de referencia:

Municipio:

Departamento:

No. de teléfono de casa:

II. DATOS REFERENTES A SU LUGAR DE TRABAJO:

Solicitante 1

Nombre del lugar donde trabaja:

Dirección de su lugar actual de trabajo:

Tiempo de trabajar en ese lugar:

Salario:

Cargo que desempeña:

Nombre del jefe inmediato superior:

Teléfono:

Información adicional:

Solicitante 2

Nombre del lugar donde trabaja:

Dirección de su lugar actual de trabajo:

Tiempo de trabajar en ese lugar:

Salario:

Cargo que desempeña:

Nombre del jefe inmediato superior:

Teléfono:

Información adicional:

III. MOTIVACIÓN PARA LA ADOPCIÓN²

IV. RANGO DE EDAD DE LA NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE A ADOPTAR:

1. Rango de edad de niñas, niños o adolescentes

Seleccione con "X" o con un check ✓, en la casilla cuya pretensión para la adopción de niña, niño o adolescente usted desea adoptar; no obstante, que en el cuadro se reflejan algunos rangos de edad, en caso que desea adoptar a una niña o niño con rango de edad mayor, deberá omitir llenar este cuadro y seleccionar en el siguiente cuadro el rango de edad ampliado o hacer del conocimiento el rango de pretensión para la adopción de niñas, niños o adolescentes.

NIÑA		NIÑO		NIÑA O NIÑO	
0 a 2 años	<input type="checkbox"/>	0 a 2 años	<input type="checkbox"/>	0 a 2 años	<input type="checkbox"/>
3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>	3 a 5 años	<input type="checkbox"/>
6 a 8 años	<input type="checkbox"/>	6 a 8 años	<input type="checkbox"/>	6 a 8 años	<input type="checkbox"/>
9 a 12 años	<input type="checkbox"/>	9 a 12 años	<input type="checkbox"/>	9 a 12 años	<input type="checkbox"/>
13 a 17 años	<input type="checkbox"/>	13 a 17 años	<input type="checkbox"/>	13 a 17 años	<input type="checkbox"/>

² En este apartado indique los motivos por los cuales desean adoptar.

2. Rango ampliado de edad de niñas, niños o adolescentes a adoptar:

Indique en este cuadro ya sea marcando con una "X" o un ✓, el rango de edad ampliado de la niña, niño o adolescente a adoptar y, en caso de querer adoptar a un niño, niña o adolescente de mayor edad, deberá marcar la casilla que lleva por nombre "otro" y posteriormente indique el rango de edad.

NIÑA		NIÑO		NIÑA O NIÑO	
0 a 7 años	<input type="checkbox"/>	0 a 7 años	<input type="checkbox"/>	0 a 7 años	<input type="checkbox"/>
8 a 12 años	<input type="checkbox"/>	8 a 12 años	<input type="checkbox"/>	8 a 12 años	<input type="checkbox"/>
13 a 17 años	<input type="checkbox"/>	13 a 17 años	<input type="checkbox"/>	13 a 17 años	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

Especifique el rango de edad de la niña, niño o adolescente a adoptar:

3. Adopciones prioritarias:

Como solicitantes de adopción nacional conjunta, marque con una "X" o con un check ✓, en caso de estar de acuerdo o no, en adoptar niñas, niños o adolescentes que presenten la siguiente descripción:

NIÑA, NIÑO O ADOLESCENTE A ADOPTAR	SI	NO
Niñas, niños o adolescentes prematuros o con bajo peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niñas, niños o adolescentes con institucionalización prolongada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niñas, niños o adolescentes con problemas de salud (enfermedad crónica controlada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niñas, niños o adolescentes con VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niñas, niños o adolescentes con discapacidad leve o moderada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niñas, niños o adolescentes con Síndrome Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niñas, niños o adolescentes con Trastorno de Espectro Autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adopción de niñas, niños o adolescentes con hermanos de mayor o menor edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niñas, niños o adolescentes cuya madre tuvo problemas en el embarazo (alcohol, drogas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niñas, niños o adolescentes con necesidades de control médico y quirúrgico especializado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. DOCUMENTOS A PRESENTAR JUNTO A LA SOLICITUD:

De acuerdo a los Arts. 38 y 74 de la Ley Especial de Adopciones presentan los documentos siguientes:

DOCUMENTOS ART. 38 Y 74 DE LA LEA	CANTIDAD	ESPACIO RESERVADO PARA OPA Y PGR		
		PRESENTADO		
		N/A	SI	NO
Declaración jurada Art. 38 literales d), e), f) y g) de la LEA.				
Certificación de partida de nacimiento.				
Certificación de partida de matrimonio.				
Constancia médica.				
Solvencia Policía Nacional Civil.				
Constancia de no contar con Antecedentes Penales.				
Constancia laboral.				
Declaración jurada de ingresos.				
Copia certificada por notario/a de DUI o pasaporte.				
Certificación de partida de nacimiento de hijas o hijos, si los hubiere.				
Constancia de salud de hijas o hijos, si los hubiere.				
Fotografías de la persona solicitante de adopción, grupo familia e interior y exterior de su vivienda.				

Otros documentos adicionales a presentar:

1.
2.
3.
4.
5.

VI. LUGAR Y MEDIO ELECTRONICO PARA RECIBIR CITAS Y NOTIFICACIONES:

Señalamos como lugar parar recibir citas y notificaciones la dirección siguiente:

Asimismo, como medio electrónico autorizamos recibir citas y notificaciones a la dirección de correo electrónico siguiente: . Y a los números de teléfono:

 y

VII. DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD DE INFORMACIÓN EN LA SOLICITUD

DOY FE: Que toda la información que se encuentra consignada en esta solicitud es **VERDADERA** y, en caso de ser falsa, nos someteremos a las investigaciones y sanciones que estimen pertinente la Oficina para Adopciones, la Procuraduría General de la República, el Órgano Judicial y la Fiscalía General de la República.

Asimismo, somos sabedores que, en caso de mentir o brindar información falsa a la Administración Pública podemos cometer el delito de **FALSO TESTIMONIO** previsto y sancionado en el Art. 305 del Código Penal. Por lo que ratificamos que toda la información vertida en esta solicitud es **VERDADERA**.

Solicitante 1

Nombre y apellido

No. DUI o pasaporte:

Firma:

Solicitante 2

Nombre y apellido

No. DUI o pasaporte:

Firma:

VIII. ESPACIO RESERVADO ÚNICAMENTE PARA LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA Y LA OFICINA PARA ADOPCIONES

PROCURADURÍA AUXILIAR

RECIBIDO A LAS [] HORAS CON [] MINUTOS DEL []
[] DE [] DEL AÑO DOS MIL [] EN LA [] **SELLO INSTITUCIONAL**

PROCURADURÍA AUXILIAR DEL DEPARTAMENTO DE []

RECIBIDO POR [] FIRMA: []

OFICINA PARA ADOPCIONES

RECIBIDO A LAS [] HORAS CON [] MINUTOS DEL []
[] DE [] DEL AÑO DOS MIL [] EN LA [] **SELLO INSTITUCIONAL**

OFICINA PARA ADOPCIONES.

RECIBIDO POR [] FIRMA: []