



# Verificación de Elegibilidad de la ley del Acto Indio del Bienestar Infantil (Indian Child Welfare Act)

La sección administrativa 65C-28.013 del código de la Florida requiere la determinación de la elegibilidad bajo la ley del acto indio del bienestar infantil (Indian Child Welfare Act) (25 USC 1901 y seq.) en el inicio de cada investigación.

Nombre del caso: \_\_\_\_\_ FSN #: \_\_\_\_\_

Investigador o trabajador Social: \_\_\_\_\_

**La información siguiente será utilizada para establecer descendencia Nativa India-Americana/ Alaska. Por favor contestar a las preguntas al mejor de tu conocimiento.**

1. ¿Tienes descendencia nativa india americana o de Alaska? Comprobar abajo.

**NO** Si indica “no”, favor de no continuar y firme en la parte inferior de la forma.

**SÍ** Si indica “sí”, contestar TODAS las preguntas debajo. Luego dar la vuelta a la forma y completar la sección del historial familiar tanto como sea posible.

2. Nombre de la tribu o de la banda: \_\_\_\_\_ Membresía #: \_\_\_\_\_

3. ¿Es usted o cualquiera de sus parientes miembro de una corporación nativa de Alaska?  Sí  No

Si indica “sí”, nombrar la corporación: \_\_\_\_\_

4. ¿Usted o miembros de su familia ha vivido en una reservación o en una aldea de Alaska?

Sí  No Si indica “sí”, dónde? \_\_\_\_\_

5. Por favor completar esta información para los niños de descendencia Nativa India Americana o de Alaska.

Nombre(s) del/los niño(s)	Fecha de Nacimiento	Lugar de nacimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y relación del informador: \_\_\_\_\_

*Si la información antedicha es proporcionada por alguien con excepción de los padres biológicos, por favor documentar el nombre y la relación del informador con el niño y la información de contacto en las notas de caso en la Florida Safe Families Network.*

## Sección del historial familiar

### INSTRUCTIONS

**Provide the following:** Name, Date of Birth (DOB), Place of Birth (POB), Tribal Name (Tribe) - Be specific as to individual band, if known.

<p style="text-align: center;"><b><u>Birth Parent</u></b></p> Name: _____ DOB: _____ POB: _____ Tribe: _____	<p style="text-align: center;"><b><u>Grandmother</u></b></p> Name: _____ DOB: _____ POB: _____ Tribe: _____	<p style="text-align: center;"><b><u>Great Grandmother</u></b></p> Name: _____ DOB: _____ POB: _____ Tribe: _____
	<p style="text-align: center;"><b><u>Grandfather</u></b></p> Name: _____ DOB: _____ POB: _____ Tribe: _____	<p style="text-align: center;"><b><u>Great Grandfather</u></b></p> Name: _____ DOB: _____ POB: _____ Tribe: _____
		<p style="text-align: center;"><b><u>Great Grandmother</u></b></p> Name: _____ DOB: _____ POB: _____ Tribe: _____
		<p style="text-align: center;"><b><u>Great Grandfather</u></b></p> Name: _____ DOB: _____ POB: _____ Tribe: _____

Document any known addresses or other contact information that will assist in locating and contacting family members to verify eligibility under Indian Child Welfare Act guidelines within the investigative notes.