

Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia
Sub Dirección de Adopciones
Formulario de Solicitud de Registro de Solicitantes de Adopción

SOLICITUD MONOPARENTAL				
I.- INFORMACIÓN PERSONAL				
I.1. NOMBRE COMPLETO:			(Foto tamaño Pasaporte)	
I.2 DATOS DE NACIMIENTO				
I.2.1. LUGAR DE NACIMIENTO:				
I.2.2. FECHA DE NACIMIENTO:				
I.2.2. ESTADO CIVIL:	Soltero(a) ☐	Divorciado(a) ☐	Viudo(a) ☐	
I.2.3 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Documento Nacional de Identificación ☐	Pasaporte ☐	Otro ¿Cuál?	#
I.2.4. DATOS DE RESIDENCIA	País	Departamento/Provincia/Estado	Municipio, ciudad	
Teléfono fijo (Código de área):	Teléfono móvil (Código de área):	Correo Electrónico 1:	Correo Electrónico 2:	
II. NIVEL EDUCATIVO				
Básico ☐	Años de Estudio	Titulo Obtenido		
Técnico ☐	Años de Estudio	Titulo Obtenido		
Universitario ☐	Años de Estudio	Titulo Obtenido		
Post-Universitario ☐	Años de Estudio	Titulo Obtenido		
III. INFORMACIÓN LABORAL				
Tipo de Empleo:				
Independiente ☐	Empleado ☐	Otro	Actividad u Oficio	
Nombre de la Empresa:		Antigüedad:	Salario Mensual:	
Dirección de la Empresa:		Teléfono:		



IV. NÚCLEO FAMILIAR				
Hijos:				
Nombre	Fecha de nacimiento	Biológico o Adoptado	País de Origen	
Otras personas que residen en la misma vivienda:				
Nombre	Parentesco	Género	Edad	Ocupación
V.- INFORMACIÓN FINANCIERA				
Tipo de Vivienda Donde Reside			Seguro de Vida	
Casa ☐	Apartamento ☐	Otro ☐	Si ☐	No ☐
Tenencia de Vivienda			Riesgos Cubiertos	
Propia ☐	Renta ☐	Otro ☐		
Ahorro e Inversiones			Total, de fondos de retiro / Jubilación	
VI. INFORMACIÓN RELACIONADA A LA ADOPCIÓN				
Si es solicitante de Adopción Internacional, indique su Organismo Acreditado (si es Adopción Nacional no llene este espacio):				
La Autoridad Nacional/Comité de Asignaciones se reserva la facultad de asignar a un niño o niña a la familia idónea de acuerdo a su perfil psicosocial, no obstante y para facilitarla, le permite suministrar la información siguiente:				
1. Género de Preferencia, (No determinante).				
Masculino ☐	Femenino ☐	Ambos ☐		
2. Rango de Edad. (de preferencia, No determinante) (Este será determinado mediante estudios técnicos)				
Elija Rango de Edad				



3. Número de Niñas, Niños y/o Adolescentes		
4. Especificar la situación de salud de la niña, niño o Adolescente que desea adoptar:		
5. ¿Estaría Dispuesto(a) a adoptar niñas o niños en las circunstancias siguientes? (de ser afirmativo marque el espacio correspondiente): Grupos de hermanos: ☐ Niñas o Niños con condiciones de salud especiales: ☐ Niñas o Niños con edades mayores al promedio de adopción del país: ☐ Todas las anteriores: ☐		
6. Motivación para la Adopción:		
VII.- DECLARACIÓN BAJO JURAMENTO		
Declaro bajo juramento no estar comprendido(a) en las prohibiciones de Ley y haber sido informado al respecto.		
De igual manera me comprometo a que en caso de que en el futuro deba residir fuera del país, contratar un Organismo Acreditado vigente en Honduras, que garantice el seguimiento post-adopción (Aplica solamente para adoptantes residentes en Honduras).		
Finalmente nos comprometemos a adquirir al menos los conocimientos básicos del idioma español (salvo que ya los tuviere)		
VIII. INFORMACIÓN SOBRE EL APODERADO LEGAL		
Nombre:	# Colegiación:	Dirección Profesional:
Teléfono fijo:	Teléfono Móvil:	E-mail:
Poder con que actúa:		
IX. ACREDITACIONES (Ver adjunto firmado)		
X.- RATIFICACIÓN Y FIRMA		
En consecuencia, ratifico los datos y la totalidad del contenido de este formulario y firmo para constancia, en la Ciudad de Tegucigalpa, M.D.C., a los _____ días del mes de _____ del año _____		
Firma El(la) Solicitante		

