

ولاية كونيتيكت
إدارة شؤون الأطفال والأسر
اتفاق إعانة الوصاية

تم إبرام هذا الاتفاق الخاص بإعانة الوصاية بين إدارة شؤون الأطفال والأسر وبين مقدم(ي) الرعاية للطفل المذكورين أدناه بغية تسهيل نقل وصاية الطفل المذكور أدناه ومساعدة مقدمي الرعاية في توفير الرعاية المناسبة للطفل.

اسم مقدم الرعاية	اسم مقدم الرعاية
رقم الهاتف	العنوان
رقم الضمان الاجتماعي للطفل	اسم الطفل
تاريخ ميلاد الطفل	

من المتفق عليه أنه عندما أوقع/توقع هذه الاتفاقية وانتقال الوصاية إلي/الينا، فإنني/نحن مؤهل/مؤهلون للحصول على الإعانات التالية:

أولاً: ضع علامة اختيار على العنصر (العناصر) المنطبقة:

الطفل مؤهل حالياً للحصول على إعانات الضمان الاجتماعي نعم لا

إذا كانت دخل إدارة _____ (المبلغ) بالدولار
الإجابة الضمان الضمان
بنعم، التكميلي الاجتماعي

تبلغ الإعانة المالية الشهرية التي تم التفاوض بشأنها _____ دولار كبدل يومي

الإعانة الطبية (برنامج التأمين الصحي الفيدرالي بولاية كونيتيكت/معيار XIX من خلال إدارة الخدمات الاجتماعية)

إعانة المصروفات الاستثنائية (لا تتجاوز التكلفة الإجمالية للنفقات الاستثنائية غير المتكررة المرتبطة بالحصول على الوصاية القانونية 2000 دولار): _____ دولار

الخدمات الإضافية التي ربما يكون الطفل والوصي مؤهلاً للحصول عليها: (يرجى ذكرها جميعاً)

ثانياً. أدرك/أدرك أنني/أنا إذا انتقلت إلى ولاية أخرى، فإنني أكون/فإننا نكون مسؤولاً عن التقديم لبرنامج التأمين الصحي الفيدرالي بالولاية/معيار XIX التي سنقيم فيها. إذا رفضت الولاية الأخرى طلبي/طلبنا، فسوف تقوم إدارة الخدمات الاجتماعية في ولاية كونيتيكت بالسداد.

ثالثاً. أدرك/ندرك بوصفي الوصي (الأوصياء) على الطفل أن: (ضع علامة X والحرف الأول من أي بند غير منطبق.)

أ. ستتولى ولاية كونيتيكت وإدارة شؤون الأطفال والأسر مسؤولية إصدار شيكات دفع الإعانة الشهرية للوصي (الأوصياء) طوال مدة هذه الاتفاقية.

ب. في حالة انتقالي/انتقالنا، يظل هذا الاتفاق ساري المفعول بغض النظر عن الولاية التي أقيم/نقيم بها.

ج. وفقاً لهذا الاتفاق، تبدأ الإعانات في التاريخ الذي تُصدر فيه المحكمة حكماً يقضي بنقل الوصاية.

د. يعتمد مبلغ الإعانة المالية الشهرية على وضعي/وضعنا واحتياجات الطفل.

هـ. يمكن أن تستمر الإعانات المالية الشهرية والإعانات الطبية حتى يبلغ الطفل الثامنة عشرة من عمره (18)، أو حتى بلوغه واحد وعشرين (21) عاماً وذلك إذا كان الطفل مقيماً بدوام كامل في مدرسة ثانوية أو مدرسة فنية أو كلية أو برنامج تدريب مهني معتمد من الولاية.

و. بالإضافة إلى الإعانات المدرجة في القسم الأول من هذه الاتفاقية والتي قد أكون/نكون أنا/نحن والطفل مؤهل لها، أدرك/ندرك أنه يمكننا طلب معلومات تتعلق بخدمات إضافية أو تغييرات في هذه الاتفاقية من خلال الاتصال بوحدة الإعانة بالمقر الرئيسي لإدارة شؤون الأطفال والأسر على رقم 860-550-6608.

ز. يجب أن أخطر/نخطر إدارة شؤون الأطفال والأسر إذا حدث أي تغيير في احتياجات الطفل أو أحوال الأسرة قد يؤثر على مقدار الإعانة المناسبة.

ي. يمكن تعديل الإعانة الشهرية:

- أ. إذا تغيرت احتياجات الطفل
- ب. إذا انخفض معدل رعاية الحضانة الخاص بإدارة شؤون الأطفال والأسر (لا يمكن أن تتجاوز الإعانة معدل الحضانة السائد)، و
- ج. إذا تغيرت أحوال الوصي (الأوصياء).

ل. ستجري إدارة شؤون الأطفال والأسر مراجعة سنوية لتقييم وضعي/أوضاعنا وحاجة الطفل وتحديد ما إذا كان هناك سبباً لاستمرار أو تعديل مبلغ و/أو مدة الإعانة المالية. إذا لم أقدم/نقدم اتفاقية التجديد السنوية أو أي مستندات مطلوبة إلى إدارة شؤون الأطفال والأسر في الموعد المقرر للتقديم، فستكون الإعانة عرضة للإنتهاء.

ن. سيتم إنهاء وإيقاف هذا الاتفاق:

- أ. إذا لم أعد/نعد مسؤولاً عن تقديم الدعم المالي للطفل لأي سبب - بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر - عودة الطفل إلى والديه؛
- ب. عندما يبلغ الطفل سن الثامنة عشرة (18) أو واحد وعشرين (21) عامًا وذلك إذا كان الطفل مقيداً بدوام كامل في مدرسة ثانوية أو مدرسة فنية أو كلية أو برنامج تدريب مهني معتمد من الولاية.
- ج. في حالة وفاتي/وفاتنا أو وفاة الطفل، أو
- د. إذا لم أعد/نعد لدي الحضانة المادية أو القانونية للطفل.

ق. عند وفاتي/وفاتنا، أو عجزني أو إصابتي بمرض خطير، أُرشح/نرشح ، وعنوانه ورقم هاتفه ليكون وصياً (أوصياء) لاحقاً على الطفل. أدرك/ندرك أنه لا بد من تعيين الوصي (الأوصياء) اللاحق بموجب حكم من محكمة مختصة. إذا صدر حكم من المحكمة بذلك، فإنني أدرك أن إدارة شؤون الأطفال والأسر ستحول الإعانات المدفوعة بموجب هذا الاتفاق إلى الوصي(الأوصياء) اللاحق. أدرك/ندرك أنه يجوز لنا ترشيح وصي آخر في أي وقت من خلال إخطار وحدة الإعانة التابعة لإدارة شؤون الأطفال والأسر.

ف. أدرك/ندرك أنني أتحمّل المسؤولية القانونية كاملة عن الطفل وحده. تكون عائلتي/عائلتنا - بما في ذلك الطفل - مستقلة عن إدارة شؤون الأطفال والأسر باستثناء الالتزامات المنصوص عليها في هذه الاتفاقية.

رابعاً. أ. أوافق/نوافق على إخطار إدارة شؤون الأطفال والأسر كتابةً إذا لم أعد/نعد مسؤولاً عن دعم الطفل أو إذا لم يعد الطفل يعيش معي (معنا).

ب. أوافق/نوافق على أن مبالغ الدعم الشهري قد لا تتجاوز أبداً معدل رعاية الحضانة السائد الذي تدفعه إدارة شؤون الأطفال والأسر وفقاً لما هو مُطبق في عمر هذا الطفل واحتياجاته الخاصة.

ج / أوافق/نوافق على أنه إذا بلغ/عندما يبلغ الطفل الحد الأدنى لسن الالتحاق الإلزامي بالمدرسة، فسيتم تسجيل الطفل في برنامج المدارس الابتدائية أو الثانوية بدوام كامل أو تلقي تعليمات بموجب برنامج الدراسة المنزلية أو الدراسة المستقلة متوافق مع قانون الولاية التي يعيش فيها الطفل، ما لم يكن الطفل قد أكمل برنامج المدرسة الثانوية أو غير قادر على الحضور بسبب حالته الصحية. سأقدم/سنقدم تأكيداً للأوضاع التعليمية للطفل إلى إدارة شؤون الأطفال والأسر في كل مراجعة سنوية.

د. توافق إدارة شؤون الأطفال والأسر على إخطاري/إخطارنا كتابةً بأي تخفيض أو إنهاء لمبلغ مدفوعات إعانة الوصاية قبل أربعة عشر (14) يوماً على الأقل من اتخاذ هذا الإجراء. أدرك/ندرك أنه يجوز لنا طلب الطعن على هذا الإجراء.

هـ. توافق إدارة شؤون الأطفال والأسر على إخطاري/إخطارنا كتابةً قبل خمسة وأربعين (45) يوماً من تاريخ التجديد السنوي وإدراج النماذج المناسبة مع إخطار التجديد.

خامساً. لقد أبلغتني / أبلغتني إدارة شؤون الأطفال والأسر بحقي/ حقنا في تقديم طعن إلى وحدة الطعون الإدارية إذا لم أوافق / نوافق على قرار إدارة شؤون الأطفال والأسر فيما يتعلق بهذه الاتفاقية أو أي اتفاق تجديد أو غيرها من الإجراءات التي تؤثر على حالة الإعانات التي أتلقاها/نتلقاها. أدرك/ندرك أنه يجوز لي/لنا تقديم طلب كتابي للطعن إلى وحدة الطعون الإدارية التابعة لإدارة شؤون الأطفال والأسر على العنوان: Department of Children and Families Administrative Hearings Unit, 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106. أدرك/ندرك أنه لدي / لدينا الحق في أن يمثلني في الجلسة مستشار قانوني على نفقتي/نفقتنا الخاصة وأن نتلقى إخطاراً في الوقت الملائم بموعد ومكان ووقت انعقاد الجلسة.

سادساً. يكون تاريخ بدء سريان الاتفاقية هو تاريخ نقل الوصاية.

التاريخ المتوقع لنقل الوصاية:

_____/_____/_____
التاريخ

توقيع مقدم الرعاية

_____/_____/_____
التاريخ

توقيع مقدم الرعاية

_____/_____/_____
التاريخ

توقيع مدير البرنامج، إدارة شؤون الأطفال والأسر