

ولاية كونيتيكت  
إدارة شؤون الأطفال والأسر  
اتفاقية إعانة التبني  
التجديد السنوي

<b>Office use only</b>	
ACCESS _____	IV-E CODE _____
LINK P- _____	C- _____
EMS _____	Rate _____

فيما يلي استعراض ومراجعة للاتفاق المُبرم بين إدارة شؤون الأطفال والأسر والأب (الأباء) بالتبني:

الأب 1:

الأب 2:

الطفل: (يشار إليها فيما بعد باسم "الطفل")

تاريخ الميلاد:

رقم الضمان الاجتماعي للطفل: إذا كان هناك رقم آخر، يرجى تزويدنا به: - -

عنوان البريد، إذا كان هناك عنوان  
(آخر):

عنوان الشارع:

المدينة، الولاية، الرمز البريدي:

رقم الهاتف الخليوي:

رقم هاتف المنزل:

التأمين الطبي الخاص: قم بالتعبئة إذا كان الطفل يشمل التأمين الطبي الخاص بك. إدارة الخدمات الاجتماعية تطلب هذه المعلومات. (يُرجى وضع علامة اختيار على أحد المربعات)

الطفل لا يشمل التأمين الطبي الخاص بك.  الطفل يشمل التأمين الطبي الخاص بك:

الشركة: \_\_\_\_\_ حامل وثيقة التأمين \_\_\_\_\_ رقم الوثيقة \_\_\_\_\_

رقم المجموعة: \_\_\_\_\_ التغطية: \_\_\_\_\_ تاريخ السريان: \_\_\_\_\_

أولاً- نوع-الإعانة: اختر نوعاً واحداً تاريخ الانتهاء:

مبلغ إعانة التبني وبرنامج التأمين الصحي الفيدرالي بولاية كونيتيكت/معيار XIX

مبلغ إعانة التبني فقط

الإعانة الطبية فقط (برنامج التأمين الصحي الفيدرالي بولاية كونيتيكت/معيار XIX)  
(بموجب المادة 17-أ117 و 17-أ120 من القانون الأساسي العام لولاية كونيتيكت)

يعتمد مبلغ الإعانة السنوية التي تبلغ \_\_\_\_\_ دولار على معدل البديل اليومي الذي يبلغ \_\_\_\_\_ دولار.

ثانياً. أدرك/ندرك بوصفنا الأبوين بالتبني للطفل أن:

أ. إذا انتقلت/ انتقلنا إلى خارج الولاية، فسيقوم "ممثل ولاية كونيتيكت للاتفاق بين الولايات" بإحالة الطفل، إذا كان مؤهلاً لمعيار المدفوعات الاتحادية للمساعدة في رعاية حضانة الأطفال والتبني (Title IV-E)، إلى الوكالة الحكومية التي تدير برنامج إعانة التبني في الولاية الجديدة محل الإقامة لحماية مصالح الطفل وللتأكد من توافر الخدمة/الخدمات الطبية الضرورية الواردة في الاتفاقية المبدئية لإعانة التبني.

ب. ستتحمل إدارة شؤون الأطفال والأسر بولاية كونيتيكت مسؤولية مدفوعات إعانة التبني الدورية طوال مدة هذا الاتفاق.

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

د. يعتمد مقدار مبلغ الإعانة الشهرية على احتياجات الطفل وقت التنسيب.

هـ. ستستمر الإعانة المالية حتى يبلغ الطفل عامه الثامن عشر، وذلك إذا تم تبني الطفل قبل 1 أكتوبر 2013.

و. ستستمر الإعانة الطبية حتى بلوغ الطفل عامه الواحد وعشرين فقط.

ز. إذا تم تبني الطفل في 1 أكتوبر 2013 أو بعد هذا التاريخ، قد تستمر الإعانة المالية حتى بلوغ الطفل عامه الحادي والعشرين إذا تم استيفاء الشروط التالية:

1. كان الطفل يبلغ 16 عاماً أو أكثر وقت توقيع اتفاقية التبني و

2. تم تسجيل الطفل بدوام كامل في برنامج تعليمي ثانوي معتمد أو برنامج يؤهل للحصول على مؤهل معادل أو أن يكون الطفل مسجلاً بدوام كامل في مؤسسة تعليمية لما بعد المرحلة الثانوية أو مهنية أو يشارك في أحد البرامج أو الأنشطة المعتمدة من قبل مفوض إدارة شؤون الأطفال والأسر والمخصصة لتعزيز أو إزالة العقبات للحصول على وظيفة.

ي. سيتم بحث التأمين الصحي للأسرة الخاص بي/بنا عند تلبية التكاليف الطبية للطفل.

ل. ستجري إدارة شؤون الأطفال والأسر مراجعة سنوية لتقييم الحاجة إلى استمرار أو تعديل مبلغ و/أو مدة الإعانة المالية أو الإعانة الطبية.

- ن. سيتم إنهاء وإيقاف هذا الاتفاق:
1. إذا لم أعد/نعد مسؤولاً عن تقديم الدعم للطفل.
  2. إذا قررت إدارة شؤون الأطفال والأسر أن الطفل لم يعد يتلقى الدعم من الأسرة المتبنيّة.
  3. إذا تم تبني الطفل قبل 1 أكتوبر 2013، وكان يبلغ الثامنة عشرة عامًا (يمكن أن تستمر الإعانة الطبية حتى يبلغ الطفل 21 عامًا).
  4. إذا تم تبني الطفل في 1 أكتوبر 2013 أو بعده وكان يستوفي الشروط الواردة أعلاه في ثانياً ز (2.ز)، وكان الطفل يبلغ 21 عامًا. بالنسبة للطفل الذي يستوفي الشروط الواردة في القسم هـ أعلاه والذي يبلغ من العمر 21 عامًا.
  5. في حالة وفاتي / وفاتنا.
  6. في حالة وفاة الطفل.
  7. إذا طلبت/طلبنا إنهاء هذه الاتفاقية.
- ق. يمكن تعديل مبلغ إعانة التبني بموافقتنا إذا حدثت تغييرات:
1. في احتياجات الطفل.
  2. في مبلغ مواصلة رعاية الحضانة (بالزيادة أو النقصان).
- ف. هذه الاتفاقية ملزمة لمدة عام ويجب تجديدها سنويًا من قِبل الأب/ الأباء بالتبني وإدارة شؤون الأطفال والأسر.

[مستحق: \_\_\_\_\_]

ثالثًا.

- أ. أوافق/ نوافق على إخطار إدارة شؤون الأطفال والأسر في غضون ثلاثون (30) يومًا إذا لم أعد/نعد مسؤولاً عن تقديم الدعم للطفل.
- ب. أوافق/نوافق على أن مبلغ إعانة التبني قد لا تتجاوز أبدًا الحد الأقصى لمبلغ مواصلة رعاية الحضانة في ولاية كونيتيكت.
- ج. توافق إدارة شؤون الأطفال والأسر على إخطاري/إخطارنا عن نيتها في تخفيض أو إنهاء مبالغ إعانة التبني قبل خمسة عشر (15) يومًا على الأقل من اتخاذ هذا الإجراء.
- د. توافق إدارة شؤون الأطفال والأسر على إخطاري/إخطارنا كتابة قبل خمسة وأربعين (45) يومًا من احتياجها للتجديد وإدراج النماذج المناسبة مع إخطار التجديد.
- هـ. أوافق/نوافق على أنه إذا لم تتلقى إدارة شؤون الأطفال والأسر اتفاقية التجديد خلال خمسة عشر (15) يوم عمل من تاريخ التجديد، فلن تتمكن إدارة شؤون الأطفال والأسر من تقديم خدمات مستقبلية لي/لنا أو لطفلي.

رابعًا. الإخطار بالحق في الطعن

لقد أبلغتني / أبلغتني إدارة شؤون الأطفال والأسر بحقي/ حقنا في تقديم طعن إلى مجلس مراجعة إعانة التبني إذا لم أوافق / نوافق على قرار إدارة شؤون الأطفال والأسر فيما يتعلق باتفاقية إعانة التبني. لدي / لدينا الحق في أن يمثلني في الجلسة مستشار قانوني على نفقتي/نفقتنا الخاصة وأن نتلقى إخطارًا في الوقت الملائم بموعد ومكان ووقت انعقاد الجلسة. [النظام الأساسي العام لولاية كونيتيكت: المادة 17-118 أ.].

خامسًا. إعلان الدخل وأحوال الطفل المُتبني:

- قم بإدخال الدخل الشهري للطفل أدناه ثم ضع علامة اختيار على مربع المصدر المناسب. إذا لم يكن هناك أي دخل، فاكُتِبْ "لا".
- الضمان الاجتماعي (SSA) المبلغ: \_\_\_\_\_ دولار/ شهريًا المصدر:  الأب بالتبني  تاريخ الميلاد \_\_\_\_\_ الأب  غير معروف
- دخل الضمان التكميلي (SSI) المبلغ: \_\_\_\_\_ دولار/ شهريًا

سادسًا. الإعلان عن الالتحاق بالمدرسة

هل التحق الطفل بدوام كامل في المدرسة ؟ [ ] لا [ ] نعم الصف: \_\_\_\_\_

اسم المدرسة: \_\_\_\_\_ العنوان: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

لجميع الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 21 عامًا، يتعين عليك أن ترفق مع هذه الوثيقة تأكيد التسجيل الحالي ووثائق الفصل الدراسي الجاري لتأكيد الامتثال لمتطلبات التسجيل بدوام كامل للتعليم الثانوي المعتمد أو البرنامج المهني أو البرنامج المعتمد الذي يؤهل للحصول على إمتداد معادل.

أقسم/نقسم أن الظروف التي كانت سببًا في اعتماد الطفل كطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة أو كظرف ذو صلة ما زالت موجودة أو حدثت مجددًا وأنني/أنا مسؤولين قانونيًا عن رعاية ودعم الطفل. كما أقسم/نقسم أن المعلومات التي قدمتها / قدمناها أعلاه حقيقية وصحيحة وفقًا لمعرفتي/معرفتنا واعتقادنا وأنني أوافق/نوافق على الشروط الواردة في هذه الوثيقة. أدرك/ندرك أن هذا الاتفاق لا يزال ساري المفعول خلال \_\_\_\_\_.

الأب 1 التاريخ \_\_\_\_\_ الأب 2 التاريخ \_\_\_\_\_

Subscribed and Sworn To Before Me This \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_

*Note to Notary Public: When notarizing this document, please ensure that Section V is completed. If the answer to a question is "None," please make sure the word "None" appears in the box. Thank you*

\_\_\_\_\_  
Notary Public, Commissioner of the Superior Court

قم بإرسال هذه الاتفاقية و  
كافة المراسلات الأخرى إلى:

**Department of Children and Families**  
**Subsidized Adoption Unit**  
Hudson Street, Hartford, CT 06106 505

(This section is for DCF Subsidized Adoption Office use only.)

We have conducted the Biennial Review of this subsidy and agree to the continuation of the Subsidy according to the terms contained herein.

**Approved**

**Not Approved**