

Estado de Connecticut  
Departamento de Niños y Familias  
**SOLICITUD DE SUBSIDIO POR TUTELA DE UN PARIENTE**

**Tutor(es) propuesto(s):**

Nombre	Nombre
Dirección	Teléfono Particular:                      Laboral:
Vínculo con el menor	

**Menor:**

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	Fecha de internación en el DCF
Fecha de colocación con el tutor propuesto	Tasa actual por cuidado sustituto \$

**Tipo de subsidio solicitado:** (marque todo lo que corresponda):

Subsidio financiero mensual

Subsidio médico: prestado por el Programa Husky del Departamento de Servicios Sociales (DSS) (solo para residentes de CT)

Gastos excepcionales: requiere aprobación previa por escrito del Coordinador de Subsidios de la Oficina de Niños y Jóvenes en Colocación (OChYP, por sus siglas en inglés)

**Complete las secciones de la página siguiente para cada subsidio solicitado.**

**Aviso legal importante**

El solicitante o el receptor del subsidio por tutela del Departamento de Menores y Familias tiene el derecho de apelar cualquier negativa, ajuste o finalización de un subsidio en una Audiencia Administrativa en el DCF. En dicha audiencia, el solicitante o el receptor tiene el derecho de que lo represente cualquier persona que el solicitante o el receptor seleccione, por cuenta de este. Puede solicitar una audiencia si se dirige por escrito a la Unidad de Audiencias Administrativas del Departamento de Menores y Familias: DCF Administrative Hearings Unit, 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106.

**I. SUBSIDIO FINANCIERO MENSUAL:**

¿El menor tiene necesidades médicas o conductuales que requieran atención especializada? Sí      No

**Subsidio propuesto: \$      por día**

**II. SUBSIDIO MÉDICO:**

¿El menor tiene seguro médico privado mediante alguno de los padres o mediante el tutor propuesto? Sí      No

**III. SUBSIDIO PARA GASTO EXCEPCIONAL:**

Monto solicitado: \$      (Máximo \$2000.-)

Explique la naturaleza del gasto y cómo se relaciona con asumir la tutela, cuándo se efectuó el gasto y qué otros recursos para pagar se han explorado. Adjunte recibos o documentación del gasto. Adjunte la aprobación por escrito del Coordinador de Subsidios de la Oficina Central de la OChYP.

**FIRMAS DE LOS SOLICITANTE (Aviso:** Todas las partes deben firmar **ANTES** de la Transferencia de Tutela en el Tribunal Superior de Asuntos Juveniles.)

**He recibido una copia de los Reglamentos de las Agencias del Estado de Connecticut y la Política del Departamento de Menores y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) acerca del Programa de Tutela con Subsidio.**

**Certifico que los términos de la Secciones I, II y III de esta solicitud son fieles y exactos a mi leal saber y entender.      Sí      No**

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Solicitante (tutor propuesto)      Fecha

\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Solicitante (tutor propuesto)      Fecha

**CERTIFICACIÓN DEL DCF DEL SUBSIDIO:**

Se ha negociado con el (los) tutor(es) propuesto(s) un subsidio financiero mensual por el monto de \$ \_\_\_\_\_ por día.

El menor es elegible para recibir el subsidio médico.

Se autoriza un subsidio por gasto excepcional por el monto de \$ \_\_\_\_\_ .

**Firmas:**

**Fecha:**

Trabajador(a) social: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Supervisor(a) de trabajo social: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Coordinador(a) del Programa: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Director(a) del Programa: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Coordinador(a) del Programa de Subsidios de la OChYP: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

El Departamento de Menores y Familias no acepta el (los) siguiente(s) subsidio(s) según lo requerido por el solicitante:

- Mensual
- Médico
- Gasto excepcional

Coordinador del Programa de la Oficina Zonal: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_