

Tiểu Bang Connecticut
Sở Trẻ Em và Gia Đình
ĐƠN XIN TRỢ CẤP LIÊN QUAN QUYỀN GIÁM HỘ

Người giám hộ được đề xuất:

Tên	Tên
Địa chỉ	Số điện thoại Nhà: Nơi làm việc:
Quan hệ với Đứa trẻ	

Đứa trẻ:

Tên	Ngày sinh
Địa chỉ	Ngày Cam kết với DCF
Ngày Bỏ Trú với Người Giám Hộ được Đề Xuất	Mức Chăm sóc Nuôi dưỡng Hiện tại \$

Loại Trợ cấp được Yêu cầu: (Kiểm tra tất cả nội dung áp dụng)

Trợ cấp tài chính hàng tháng

Trợ cấp y tế từ chương trình DSS Husky (chỉ dành cho cư dân CT)

Chi phí đặc biệt quy định trước khi có sự chấp thuận trước bằng văn bản của Giám đốc Trợ Cấp OChyP

Hoàn thành các phần ở trang tiếp theo cho mỗi trợ cấp được yêu cầu.

Thông Báo Pháp Lý Quan Trọng

Người nộp đơn xin hoặc người nhận trợ cấp giám hộ từ Sở Trẻ Em và Gia Đình có quyền kháng cáo mọi sự từ chối, điều chỉnh hoặc chấm dứt trợ cấp tại Phiên Điều Trần Hành Chính của DCF. Tại phiên điều trần đó, người nộp đơn hoặc người nhận trợ cấp có quyền được đại diện bởi bất kỳ người nào mà người nộp đơn hoặc người nhận trợ cấp lựa chọn bằng chi phí của người nộp đơn hoặc người nhận. Quý vị có quyền yêu cầu phiên điều trần bằng văn bản gửi cho Đơn vị Điều trần Hành chính của DCF, Số 505 Hudson Street, Hartford, CT06106.

I. TRỢ CẤP TÀI CHÍNH HÀNG THÁNG:

Đứa trẻ có nhu cầu y tế hoặc hành vi cần được chăm sóc đặc biệt không? Có Không

Trợ cấp đề xuất: \$, trợ cấp chi dùng hàng ngày

II. TRỢ CẤP Y TẾ:

Đứa trẻ có bảo hiểm y tế tư nhân qua cha mẹ hoặc người giám hộ được đề xuất không? Có Không

III. KHOẢN TRỢ CẤP CHI PHÍ ĐẶC BIỆT:

Số tiền được yêu cầu: \$ (Tối đa 2000,00 \$)

Giải thích bản chất chi phí và cách thức chi phí phát sinh liên quan đến giả định của người giám hộ và các nguồn khác để thanh toán cho chi phí được khám phá. Đính kèm biên lai hoặc chứng từ chi phí. Đính kèm văn bản chấp thuận của Giám đốc Trợ Cấp Văn Phòng Trung Tâm OChYPSubidy **Central Office** OChYPSubidy Manager.

CHỮ KÝ NGƯỜI NỘP ĐƠN (Lưu ý: Phải có chữ ký của tất cả các bên **TRƯỚC KHI Chuyển giao Quyền Giám Hộ tại Tòa Thượng Thẩm về Vấn Đề Vị Thành Niên)**
Tôi đã nhận một bản về các Quy định từ Cơ quan của Tiểu Bang Connecticut và Chính sách của DCF liên quan đến Chương Trình Giám Hộ Được Quyền Trợ Cấp.

Tôi xác nhận rằng các điều khoản của Phần I, II và III của đơn này là đúng và chính xác theo sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi. **Có** **Không**

Người nộp đơn (Người Giám Hộ Đề Xuất) ____/____/____
Ngày

Người nộp đơn (Người Giám Hộ Đề Xuất) ____/____/____
Ngày

GIẤY CHỨNG NHẬN TRỢ CẤP CỦA DCF:

Khoản trợ cấp tài chính hàng tháng với số tiền \$, trợ cấp chi dùng hàng ngày, đã được thanh toán với (những) người giám hộ được đề xuất.

Đưa trẻ hội đủ điều kiện nhận trợ cấp y tế.

Một khoản trợ cấp chi phí đặc biệt được cho phép là \$.

Chữ ký:

Ngày:

Nhân Viên Xã Hội: _____/____/____

Người Giám Sát Nhân Viên Xã Hội: _____/____/____

Giám Đốc Chương Trình: _____/____/____

Giám Đốc Văn Phòng: _____/____/____

Giám Đốc Chương Trình Trợ Cấp, OChYP: _____/____/____

Sở Trẻ Em và Gia Đình không đồng ý với các khoản trợ cấp sau đây theo yêu cầu của người nộp đơn:

Hàng tháng
Y tế
Chi Phí Đặc Biệt

Giám Đốc Chương Trình Văn Phòng Khu Vực: _____/____/____