

ESTADO DE CONNECTICUT
DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS
ACUERDO DE TUTELA CON SUBSIDIO

Office use only		
ACCESS	_____	EMS _____ «EMS»
LINK P-	_____	«Prov» C-_____ «Case»
RATE: <u>«Rate»</u>		

La siguiente es la revisión del acuerdo celebrado entre el DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS (DCF, por sus siglas en inglés) y el/los tutor(es) subsidiado(s):

TUTOR N.º 1: «Madre» «Apellido» TUTOR N.º 2: «Padre» «Apellido»

MENOR: «Nombre del Menor» «Apellido del Menor» (en lo sucesivo denominado el MENOR) FECHA DE

NACIMIENTO: «Fecha de Nacimiento»

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL MENOR: «Seg Soc» _____ - _____ - _____

DIRECCIÓN: «Dirección» _____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: «Ciudad», «ESTADO» «C.P.» _____

NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR: «Teléfono» _____

I. TIPO DE SUBSIDIO:

Subsidio y S. Médico SI Solo Subsidio Mensual NO

El pago del subsidio anual de «Subsidio Anual» se basa en una tasa de «PD» por día.

II. SEGURO MÉDICO PRIVADO (Marque uno de los siguientes casilleros)

El menor **NO ESTÁ** en mi seguro privado.

El menor **ESTÁ** en mi seguro médico privado.

III. YO/NOSOTROS, COMO TUTOR(ES) SUBSIDIADO(S) DEL MENOR, ENTIENDO/ENTENDEMOS QUE:

- A. Si me/nos mudara/mudáramos fuera del estado, un Representante de la Convención Interestadual de Connecticut derivará al MENOR, si fuera elegible conforme al Título IV-E, al organismo del estado que administre el programa de Tutela con Subsidio en el nuevo estado de residencia para proteger los intereses del MENOR y para asegurar que se brinden los servicios médicos necesarios especificados en el Acuerdo de tutela con subsidio inicial.
- B. El Departamento de Niños y Familias del Estado de Connecticut será responsable de los pagos mensuales del subsidio durante la vigencia de este acuerdo.
- C. Si yo/nosotros me/nos mudara/mudáramos, el presente seguirá en vigencia, independientemente del estado en que resida(mos).
- E. El subsidio financiero mensual y el subsidio médico continuarán hasta que el MENOR cumpla 18 años, o hasta que el MENOR cumpla 21 años si el menor tiene asistencia regular a tiempo completo a una escuela secundaria, escuela técnica o universidad o está en un programa de capacitación laboral con acreditación del estado.
- H. Se tendrá en cuenta el seguro médico de mi/nuestra familia para solventar los gastos médicos del MENOR.
- F. Debo/Debemos notificar al DCF siempre que haya un cambio en el monto de los ingresos o en el patrimonio del MENOR.
- G. Se puede modificar el subsidio mensual o el subsidio médico si hay cambios:
 - a. en las necesidades del menor.
 - b. en los ingresos o en el patrimonio del MENOR.
 - c. en las tasas de cuidado sustituto (aumento/disminución) del DCF que se apliquen a la edad de este MENOR.
- H. Si el MENOR está recibiendo beneficios del Seguro Social o de SSI (Seguridad de los Ingresos Suplementarios) y cambia el nivel de beneficios, el subsidio por tutela se ajustará dólar por dólar de acuerdo con ese cambio (es decir, que cada dólar que se aplique a aquel beneficio se aplicará también al subsidio por tutela).
- I. El Departamento de Niños y Familias efectuará una revisión Anual para evaluar la necesidad de continuar o modificar el monto o la duración del subsidio financiero y de los subsidios médicos.
- J. Si yo/nosotros no presento/presentamos la renovación anual al Departamento de Niños y Familias antes de la fecha límite especificada, los subsidios pueden ser objeto de cese.
- K. El cese de este Acuerdo ocurrirá:
 - a. Si ya no tengo/tenemos la responsabilidad de brindar apoyo financiero al MENOR por cualquier motivo incluso, entre otros, la restitución del MENOR a su(s) padre(s).

VII. El Departamento de Niños y Familias me/nos ha informado acerca de mi/nuestro derecho de recurrir a la Unidad de Audiencias Administrativas si no estoy/estamos de acuerdo con la decisión del Departamento de Niños y Familias con respecto a las condiciones de los subsidios. Tengo/Tenemos el derecho de que un abogado a mi/nuestro cargo me/nos represente en la audiencia y de recibir notificación oportuna de la fecha, el lugar y el horario de la audiencia.

VIII. ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE EN PRESENCIA DE UN NOTARIO PÚBLICO O DE OTRO FUNCIONARIO AUTORIZADO A PROTOCOLIZAR DOCUMENTOS.

Declaro/Declaramos bajo juramento que:

Sigo/Seguimos siendo el/los tutor(es) legal(es) del MENOR y que el **MENOR SIGUE RESIDIENDO EN MI/NUESTRO HOGAR.** El MENOR sigue recibiendo sustento financiero de mi/nuestra parte. La información que suministré/suministramos con anterioridad es fiel y correcta a mi leal saber y entender, y acepto/aceptamos las condiciones del presente. Entiendo/Entendemos que este acuerdo estará vigente hasta el «**Fecha**».

Tutor 1

Tutor 2

Subscribed and sworn to before me on this his _____ day of _____ 20_____

Notary Public/My Commission expires: _____
Commissioner of the Superior Court

(This section is for DCF Subsidy Unit use only)

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

Approved

Not Approved

Mail this agreement and all other correspondence to:

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