



État du Connecticut
Département de l'enfance et de la famille
ACCORD DE TUTELLE SUBVENTIONNÉE

Le présent accord de tutelle subventionnée a été conclu par et entre le Département de l'enfance et de la famille (« Department of Children and Families ») et la/les personne(s) responsables de l'enfant désigné ci-après aux fins de faciliter le transfert de la tutelle de l'enfant désigné ci-après et d'aider les personnes responsables à s'occuper de l'enfant de la manière qu'il convient.

Nom de la personne responsable	Nom de la personne responsable	
Adresse	Téléphone	
Téléphone	Date de naissance de l'enfant	Date de naissance de l'enfant

Il est convenu qu'au moment de la signature du contrat et du transfert de la tutelle, j'ai/nous avons le droit de recevoir les allocations suivantes :

I. Vérifier la/les rubrique(s) applicable(s) :

L'enfant est actuellement en droit de recevoir les prestations de la sécurité sociale Oui Non

Si oui, SSI SSA _____ USD (montant)

- Allocation mensuelle négociée de \$ _____ par jour
- Allocation médicale (Title XIX/CT State Medicaid par le biais des services sociaux)
- Allocation pour dépense exceptionnelle (le coût total des dépenses non renouvelables encourues dans le cadre de l'obtention de la tutelle légale ne doit pas dépasser 2 000,00) : \$ _____
- Prestations supplémentaires auxquelles l'enfant et le tuteur peuvent être éligibles : (dresser une liste complète)

II. Je comprends/Nous comprenons que si je m'installe/nous nous installons dans un autre État, il en va de ma/notre responsabilité de déposer une demande de soutien financier auprès de Medicaid dans l'État de ma/notre nouvelle résidence. Si le nouvel État refuse ma/notre demande, le paiement sera effectué par les services sociaux du Connecticut.

III. Je comprends/Nous comprenons, en tant que tuteur(s) de l'enfant que : (rayer et parapher toute disposition non applicable.)

- A. Le Département de l'enfance et de la famille de l'État du Connecticut sera responsable de l'émission des chèques de paiement des allocations mensuelles au(x) tuteur(s) pendant la durée du présent Accord.
- B. Dans le cas d'un déménagement éventuel, le présent Accord reste en vigueur, quel que soit l'État de ma/notre résidence.
- C. Conformément au présent Accord, les allocations commencent à la date à laquelle le tribunal rend une ordonnance transférant la tutelle.
- D. Le montant de l'allocation mensuelle est calculé selon mes/nos circonstances et les besoins de l'enfant.

- E. L'allocation mensuelle et l'allocation médicale peuvent continuer à être versées jusqu'au 18e anniversaire de l'enfant, ou jusqu'à son 21e anniversaire si l'enfant fréquente de manière continue et à temps plein une école secondaire ou technique ou une université ou s'il suit une formation professionnelle reconnue par l'État.
- F. Outre les indemnités énumérées à l'Article I du présent Accord auxquelles je/nous et l'enfant pouvons être éligibles, je comprends/nous comprenons que nous pouvons demander des renseignements eu égard aux prestations supplémentaires ou modifications apportées au présent Accord en appelant le Bureau central des indemnités du Département de l'enfance et de la famille au 001-860-550-6608.
- G. Je dois/Nous devons informer le Département de l'enfance et de la famille de toute modification des besoins de l'enfant ou de tout changement de situation familiale susceptible d'avoir une incidence sur le montant alloué.
- H. L'allocation mensuelle peut être modifiée :
- a. si les besoins de l'enfant changent,
 - b. si le taux de placement familial diminue (une allocation ne peut pas dépasser le taux de placement familial) ou
 - c. si la situation du/des tuteur(s) change.
- I. **Le Département de l'enfance et de la famille procédera à un contrôle annuel visant à évaluer ma/notre situation ainsi que les besoins de l'enfant afin de déterminer s'il y a lieu de poursuivre ou de modifier le montant et/ou la durée de l'allocation. Si je ne soumetts/nous ne soumettons pas l'Accord de reconduction annuel ou toute documentation requise par le Département de l'enfance et de la famille dans les délais impartis, les allocations prendront fin.**
- J. Le présent Accord sera résilié :
- a. si je n'ai/nous n'avons plus la charge financière de l'enfant pour quelque raison que ce soit, y compris, mais sans s'y limiter, dans le cas d'un retour de l'enfant aux parents ;
 - b. lorsque l'enfant atteint l'âge de dix-huit (18), ou de vingt et un (21) ans si l'enfant fréquente de manière continue et à temps plein une école secondaire ou technique ou une université ou s'il suit une formation professionnelle reconnue par l'État ;
 - c. dans l'éventualité de ma/notre mort ou de la mort de l'enfant ; ou
 - d. si je n'ai/nous n'avons plus la garde physique ou morale de l'enfant.
- K. Dans l'éventualité de mon/notre décès, d'une invalidité ou d'une maladie, je nomme _____, dont l'adresse est _____ et le numéro de téléphone est _____, pour me/nous succéder en tant que tuteur(s) de l'enfant. Je comprends/Nous comprenons que le(s) tuteur(s) successeur(s) doit/doivent être nommé(s) en vertu d'une ordonnance d'un tribunal compétent. Dans le cas d'une telle ordonnance, je comprends que le Département de l'enfance et de la famille transférera les allocations versées aux termes du présent Accord au(x) tuteur(s) successeur(s). Je comprends/Nous comprenons que nous pouvons désigner un tuteur successeur différent à tout moment en informant le bureau des indemnités du Département de l'enfance et de la famille.

- L. Je comprends/Nous comprenons que la charge de l'enfant m'/nous incombe exclusivement. Ma/notre famille, y compris l'enfant, n'a aucun lien de dépendance avec le Département de l'enfance et de la famille, à l'exception des obligations énoncées dans le présent Accord.
- IV. A. J'accepte/Nous acceptons d'informer le Département de l'enfance et de la famille par écrit dans le cas où je n'ai/nous n'avons plus la charge de l'enfant ou si l'enfant ne vit plus avec moi (nous).
- B. J'accepte/Nous acceptons que l'allocation mensuelle versée ne puisse jamais dépasser le taux de placement familial payé par le Département de l'enfance et de la famille, tel qu'il s'applique selon l'âge et les besoins spéciaux de l'enfant.
- C. J'accepte/Nous acceptons que si/lorsque l'enfant atteint l'âge minimum requis de scolarisation obligatoire, l'enfant sera inscrit dans une école primaire ou secondaire et qu'il en suivra le programme d'étude à temps plein ou qu'il recevra un programme d'étude à domicile ou indépendant conforme à la loi de l'État dans lequel l'enfant vit, à moins que l'enfant n'ait terminé un programme d'études secondaires ou qu'il soit incapable d'y prendre part pour des raisons médicales. Je fournirai/Nous fournirons la confirmation de la situation éducative de l'enfant au Département de l'enfance et de la famille lors de chaque contrôle annuel.
- C. Le Département de l'enfance et de la famille s'engage à m'informer/nous informer par écrit de la réduction ou de la résiliation éventuelle de l'allocation de tutelle versée au moins quatorze (14) jours avant que celle-ci prenne effet. Je comprends/Nous comprenons que nous pouvons demander à être entendu(s) pour contester cette mesure.
- D. Le Département de l'enfance et de la famille s'engage à m'/nous informer par écrit quarante-cinq (45) jours avant la date de la reconduction annuelle et à inclure les formulaires appropriés dans l'avis de reconduction.
- V. J'ai/Nous avons été informé(s) par le Département de l'enfance et de la famille de mon/notre droit de recours auprès du Bureau des audiences administratives au cas où je serais/nous serions en désaccord avec la décision du Département de l'enfance et de la famille prise dans le cadre du présent Accord ou de tout autre Accord de reconduction ou avec toute autre décision ayant des répercussions sur le statut des allocations reçues. Je comprends/Nous comprenons que je peux/nous pouvons demander à être entendu(s) en écrivant au Bureau des audiences administratives du Département de l'enfance et de la famille au 505, rue Hudson, Hartford, CT 06106. Je comprends/Nous comprenons que j'ai/nous avons le droit d'être représenté(s) lors de l'audience par un avocat à mes/nos frais et d'être informé(s) en temps opportun de la date, du lieu et de l'heure de l'audience.
- VI. La date d'entrée en vigueur du présent Accord correspond à la date de transfert de la tutelle.

Date prévue du transfert de la tutelle :

Signature de la personne responsable

____/____/____
Date

Signature de la personne responsable

____/____/____
Date

Signature du Responsable du programme, Département de l'enfance et de la famille

____/____/____
Date