



Estado de Connecticut
Departamento de Niños y Familias
ACUERDO DE TUTELA CON SUBSIDIO

El presente Acuerdo de Tutela con Subsidio se celebró entre el Departamento de Niños y Familias y el (los) cuidador(es) mencionado(s) a continuación a los fines de facilitar la transferencia de tutela del menor identificado a continuación y ayudar a los cuidadores a brindar el cuidado adecuado para el menor.

Nombre del cuidador	Nombre del cuidador	
Dirección	Teléfono	
Nombre del menor	Fecha de nacimiento del menor	Número de seguro social del menor

Se acordó que cuando yo firme/nosotros firmemos este Acuerdo y se me/nos transfiera la tutela, seré/seremos elegible/s para recibir los siguientes beneficios:

I. Marque el (los) ítem(s) que corresponda(n):

En la actualidad el menor es elegible para recibir Beneficios del Seguro Social Sí No

Si la respuesta es "Sí", Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Seguro Social (SSA) \$_____ (monto)

- Subsidio financiero mensual negociado por el monto de \$_____ por día
- Subsidio médico (Título XIX/Medicaid del Estado de CT a través del Departamento de Servicios Sociales)
- Subsidio de gastos excepcionales (costo total de gastos no recurrentes asociados con la obtención de la tutela legal, que no excedan los \$2000,00): \$_____
- Servicios adicionales a los que el menor y el tutor pueden ser elegibles (indíquelos todos):

II. Entiendo/Entendemos que si me mudo/nos mudamos a otro estado, tengo/tenemos la responsabilidad de solicitar los beneficios del Título XIX/Medicaid del estado donde residiremos. Si el otro estado negara mi/nuestra solicitud, el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut realizará el pago.

III. Entiendo/Entendemos, como tutor(es) del menor, que (tache y coloque sus iniciales en cualquier disposición que no corresponda):

- A. El Departamento de Niños y Familias del Estado de Connecticut será responsable de emitir los cheques de pago mensual al/a los tutor(es) durante la vigencia de este Acuerdo.
- B. Si me mudo/nos mudamos, este Acuerdo seguirá en vigencia, independientemente de en qué estado resida/residamos.
- C. De conformidad con este Acuerdo, los subsidios comenzarán en la fecha en la que el tribunal registre una orden de transferencia de tutela.
- D. El monto del subsidio financiero mensual está basado en mis/circunstancias y en las necesidades del menor.

- 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.
- F. Además de los beneficios enumerados en la Sección I del presente a los que el menor y yo/nosotros podemos ser elegibles, entiendo/entendemos que podemos solicitar información sobre servicios adicionales o cambios a este Acuerdo si llamamos a la Unidad de Subsidios de la Oficina Central del DCF al 860-550-6608.
- G. Debo/Debemos notificar al Departamento de Niños y Familias siempre que se modifiquen las necesidades del menor o las circunstancias de la familia que pudieran afectar el monto adecuado del subsidio.
- H. El monto mensual se puede modificar si:
- se modifican las necesidades del menor,
 - disminuye la tasa de cuidado sustituto del Departamento (un subsidio no puede exceder la tasa de cuidado sustituto vigente), o
 - cambian las circunstancias del/de los tutor(es).
- I. **El Departamento de Niños y Familia realizará una revisión anual para evaluar mis/nuestras circunstancias y las necesidades del menor a fin de determinar si hay algún motivo para mantener o modificar el monto o la duración del subsidio financiero. Si no presento/presentamos el Acuerdo de renovación anual o cualquier documentación requerida al Departamento de Niños y Familias antes de la fecha límite, los subsidios podrían finalizar.**
- J. Cesará este Acuerdo:
- si ya no tengo/tenemos la responsabilidad de brindar apoyo financiero al menor por cualquier motivo incluso, entre otros, la restitución del menor a sus padres;
 - cuando el menor cumple dieciocho (18) años, o veintiún (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;
 - en caso de mi/nuestra muerte o la muerte del menor; o
 - si ya no tengo/tenemos la custodia física o legal del menor.
- K. Si muero/morimos, quedo/quedamos incapacitado(s) o enfermo/enfermamos gravemente, nominaré/nominaremos a _____, cuyo domicilio es _____ y cuyo número de teléfono es _____, como tutor(es) testamentario(s) del menor. Entiendo/Entendemos que el/los tutor(es) testamentario(s) debe(n) designarse de acuerdo con una orden de un tribunal competente. Si así lo dispone una orden judicial, entiendo que el Departamento transferirá los subsidios abonados conforme al presente al (a los) tutor(es) testamentario(s). Entiendo que podemos nominar a un tutor testamentario en cualquier momento mediante notificación a la Unidad de Subsidios del DCF.

- L. Entiendo/Entendemos que soy/somos el/los único(s) responsable(s) legal del menor. Mi/nuestra familia, incluido el menor, es independiente del Departamento, excepto por las obligaciones señaladas en este Acuerdo.
- IV.
 - A. Acepto/Aceptamos notificar al Departamento de Niños y Familias por escrito en caso de que ya no sea/seamos responsable(s) de la manutención del menor o si el menor ya no vive conmigo (con nosotros).
 - B. Acepto/Aceptamos que el pago del subsidio mensual nunca puede exceder la tasa de cuidado sustituto que paga el Departamento de Niños y Familia que corresponda a la edad y a las necesidades especiales de este menor.
 - C. Acepto/Aceptamos que si el menor ha cumplido/cuando el menor haya cumplido la edad mínima de asistencia escolar obligatoria, se lo puede inscribir y asistirá a tiempo completo a un programa de educación elemental o secundaria o se lo instruirá de acuerdo con un programa de escolarización domiciliar o de estudio independiente que respete la ley del estado donde esté viviendo el menor, a menos que haya completado o no pueda asistir por un problema de salud a un programa de escuela secundaria. Confirmaré/Confirmaremos las circunstancias educativas del menor al Departamento de Niños y Familias en cada revisión anual.
 - C. El Departamento de Niños y Familias acepta notificarme/notificarnos por escrito sobre cualquier reducción o cese del monto de los pagos del subsidio por tutela al menos catorce (14) días antes de tomar esa medida, y entiendo/entendemos que podemos solicitar una audiencia para impugnarla.
 - D. El Departamento de Niños y Familias acepta notificarme/notificarnos por escrito cuarenta y cinco (45) días antes de la fecha de renovación anual e incluir los formularios correspondientes junto con el aviso de renovación.
- V. 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 este Acuerdo o a cualquier Acuerdo de renovación o a cualquier otra medida que afecte las condiciones de los subsidios que recibiré/recibiremos. Entiendo/Entendemos que puedo/podemos solicitar por escrito una audiencia de apelación dirigida a la Unidad de Audiencias Administrativas del Departamento de Niños y Familias a: Department of Children and Families Administrative Hearings Unit, 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106. Entiendo/entendemos que 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.
- VI. La fecha de vigencia de este Acuerdo es la fecha de transferencia de la tutela.

Fecha prevista de Transferencia de Tutela:

Firma del cuidador	____/____/____ Fecha
Firma del cuidador	____/____/____ Fecha
Firma del Coordinador de Programa, Departamento de Niños y Familias	____/____/____ Fecha