

ولاية كونيتيكت
إدارة شؤون الأطفال والأسر
اتفاق إعانة الوصاية

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

فيما يلي استعراض ومراجعة للاتفاق المُبرم بين إدارة شؤون الأطفال والأسر والوصي (الأوصياء) الذي

يحصل على إعانة وصاية:

الوصي # 2: «FamilyLast» «Father»

الوصي #1: «Mother» «FamilyLast»

تاريخ الميلاد: «Birthdate»

الطفل: «ChildFirst» «ChildLast» (يشار إليها فيما بعد باسم "الطفل")

رقم الضمان الاجتماعي للطفل: «SocSec»

عنوان الشارع: «StreetAddress»

المدينة، الولاية، الرمز البريدي: «ZIP» «ST» «Town»

رقم هاتف المنزل: «Phone»

1. نوع الإعانة:

الإعانة الشهرية فقط لا

الإعانة الطبية نعم

يعتمد مبلغ الإعانة السنوية التي تبلغ «Annual Subsidy» على

معدل بدل يومي يبلغ «PD».

2. تأمين طبي خاص (ضع علامة اختيار على أحد المربعات الواردة أدناه)

الطفل لا يشمل التأمين الطبي الخاص بي. الطفل يشمل التأمين الطبي الخاص بي.

3. أدرك أنا / نحن كوصي (أوصياء) على الطفل أحصل على إعانة أن:

أ. إذا انتقلت/ انتقلنا إلى خارج الولاية، فسيقوم "ممثل ولاية كونيتيكت للاتفاق بين الولايات" بإحالة الطفل، إذا كان مؤهلاً لمعيار المدفوعات الاتحادية للمساعدة في رعاية حضارة الأطفال والتبني (Title IV-E)، إلى الوكالة الحكومية التي تدير برنامج الوصاية المدعومة في الولاية الجديدة

ب. محل الإقامة لحماية مصالح الطفل وللتأكد من توافر الخدمات الطبية الضرورية المحددة في الاتفاقية المبدئية للوصاية المدعومة ماليًا.

ج. ستتحمل إدارة شؤون الأطفال والأسر بولاية كونيتيكت مسؤولية مدفوعات الإعانة الشهرية طوال مدة هذا الاتفاق

د. في حالة انتقال/انتقالنا، يظل هذا الاتفاق ساري المفعول بغض النظر عن الولاية التي أقيم/نقيم بها. يمكن أن تستمر الإعانات المالية والطبية حتى يبلغ الطفل الثامنة عشر من عمره (18) وحتى بلوغه واحد وعشرين (21) عامًا وذلك إذا كان الطفل مقيماً بدوام كامل في مدرسة ثانوية أو مدرسة فنية أو كلية أو برنامج تدريب مهني معتمد من الولاية.

هـ. سيتم بحث التأمين الصحي للأسرة الخاص بي/بنا عند تلبية التكاليف الطبية للطفل.

و. يتعين علي/علينا إبلاغ إدارة شؤون الأطفال والأسر عندما يحدث هناك أي تغيير في مقدار الدخل أو الأصول الخاصة بالطفل.

ز. يجوز تعديل الإعانة الشهرية و/أو الطبية إذا حدث تغييرات:

أ. في احتياجات الطفل.

ب. في الدخل أو الأصول الخاصة بالطفل.

ج. في معدلات رعاية حضارة الأطفال الخاصة بإدارة شؤون الأطفال والأسر (بالزيادة/النقصان) المطبقة على عمر هذا الطفل.

د. إذا كان الطفل يتلقى إعانات الضمان الاجتماعي أو دخل الضمان التكميلي (SSI) وحدث هناك تغييرًا في مستوى الإعانة، فسيتم تعديل إعانة الوصاية في مقابل كل دولار وفقًا للتغيير الواقع.

هـ. ستجري إدارة شؤون الأطفال والأسر مراجعة سنوية لتقييم الحاجة إلى استمرار أو تعديل مبلغ و/أو مدة الإعانة المالية والإعانات الطبية.

و. إذا لم أقم بتقديم المراجعة السنوية إلى إدارة شؤون الأطفال والأسر بحلول الموعد المحدد، فستكون جميع الإعانات عُرضة للإلغاء.

ز. سيتم إنهاء وإيقاف هذا الاتفاق:

أ. إذا توقفت/توقفنا عن تقديم الدعم المالي للطفل لأي سبب بما في ذلك - على سبيل المثال لا الحصر - عودة الطفل/ة إلى والديه أو أحدهما.

ب. عندما يبلغ الطفل سن الثامنة عشرة (18) [أو واحد وعشرين (21) عامًا وذلك إذا كان الطفل مقيماً بدوام كامل في مدرسة ثانوية أو مدرسة فنية أو كلية أو برنامج تدريب مهني معتمد من الولاية].

ج. في حالة وفاتي / وفاتنا.

د. في حالة وفاة الطفل.

ل. أتحمل/نحمل المسؤولية كاملة عن الطفل وأن عائلتي/عائلتنا مستقلة عن إدارة شؤون الأطفال والأسر باستثناء

التزامي/التزامنا بإخطار إدارة شؤون الأطفال والأسر بالتغييرات المهمة والامتثال لمتطلبات المراجعة السنوية.

م. يجب تجديد هذه الاتفاقية سنويًا من قبل الوصي (الأوصياء) وإدارة شؤون الأطفال والأسر.

4:

أ. أوافق/ نوافق على إخطار وحدة الإعانة التابعة لإدارة شؤون الأطفال والأسر في غضون خمسة (5) أيام في حالة أنني/ أننا لم نعد ندعم الطفل.

- ب. أوافق/نوافق على أن مدفوعات الدعم الشهري قد لا تتجاوز أبداً معدل رعاية الحضانة السائد الذي تدفعه إدارة شؤون الأطفال والأسر وفقاً لما هو مُطبق في عمر هذا الطفل واحتياجاته.
- ج. نوافق إدارة شؤون الأطفال والأسر على إخطاري/إخطارنا بأي تخفيض في مدفوعات الإعانة أو إنهائها خلال مدة لا تقل عن خمسة عشر (15) يوماً قبل اتخاذ هذا الإجراء.
- د. نوافق إدارة شؤون الأطفال والأسر على إخطاري/إخطارنا كتابة قبل خمسة وأربعين يوماً (45) من الحاجة إلى تجديد وإدراج النماذج المناسبة مع إخطار التجديد.

5. إعلان الدخل وأحوال الطفل الذي يتم تقديم الإعانة له

1. هل يحصل الطفل على دخل من أي مصدر من المصادر التالية؟ نعم [] لا []

المصدر: دخل الضمان التكميلي (SSI) المطالبة # _____ المبلغ: دولار _____ / شهرياً
 إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) المطالبة # _____ المبلغ: دولار _____ / شهرياً
 إدارة شؤون قدامى المحاربين (VA) المطالبة # _____ المبلغ: دولار _____ / شهرياً

2. هل الطفل مقيماً بدوام كامل في مدرسة ثانوية أو مدرسة فنية أو كلية أو برنامج تدريب مهني معتمد من الولاية؟ [] لا [] نعم إذا كانت الإجابة بنعم، فيرجى تزويدنا بما يلي:

اسم المدرسة: _____ العنوان: _____

VI. الوصي (الأوصياء) اللاحق

أقر أنا/نحن بأن الشخص (الأشخاص) التالي الوارد اسمه سيكون الوصي (الأوصياء) اللاحق على الطفل في حالة وفاتي/وفاتنا أو العجز الجسيم.

الاسم: _____ الاسم: _____
 عنوان الشارع: _____
 المدينة، الولاية، الرمز البريدي: «Town»، «ST»، «ZIP»
 رقم هاتف المنزل: «Phone»

VII. شهادة الطفل: (يجب أن يوقعها الطفل إذا بلغ 14 عاماً أو أكثر)

أشهد بأنني أعيش مع الوصي/الأوصياء القانوني المدرج في الصفحة الأولى من هذه الاتفاقية لمدة الـ 12 شهراً الماضية ولا أزال أعيش معه/معها/معهم. قدم هذا الوصي القانوني الدعم لي في المأوى والطعام والملابس وغيرها من الاحتياجات ذات الصلة (مثل تكاليف الكلية).

التاريخ

توقيع الطفل (لا يحتاج ختم كاتب العدل)

7. لقد أبلغتني / أبلغتني إدارة شؤون الأطفال والأسر بحقي / حقنا في تقديم استئناف إلى وحدة الطعون الإدارية إذا لم أوافق / نوافق على قرار إدارة شؤون الأطفال والأسر فيما يتعلق بحالة الإعانات. لدي / لدينا الحق في أن يمثلني في الجلسة مستشار قانوني على نفقتي/نفقتنا الخاصة وأن نتلقى إخطاراً في الوقت الملائم بموعد ومكان ووقت انعقاد الجلسة.

8. يتم استكمال هذا القسم في حضور كاتب عدل رسمي أو غيره من الموثقين المفوضين لتوثيق الوثائق.

أقسم/نقسم أن:

أنني/أنتا لا زلت الوصي القانوني على الطفل وأن الطفل يواصل الإقامة في منزلي / منزلنا. يواصل الطفل تلقي الدعم المالي مني / منا. المعلومات التي قدمتها / قدمناها أعلاه حقيقية وصحيحة وفقاً لمعرفتي/معرفتنا واعتقادي/اعتقادنا وأنني أوأفق/نوافق على الشروط الواردة في هذه الوثيقة. أدرك/ندرك أن هذا الاتفاق لا يزال ساري المفعول خلال «Date» .

الوصي 2

الوصي 1

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**