

**ÉTAT DU CONNECTICUT
DÉPARTEMENT DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE
ACCORD D'INDEMNITÉS D'ADOPTION
RECONDUCTION ANNUELLE**

Office use only	
ACCESS _____	IV-E CODE _____
LINK P- _____	C- _____
EMS _____	Rate _____

Ci-après la révision annuelle du contrat conclu par et entre le DÉPARTEMENT DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE (DCF) et le(s) parent(s) adoptifs(s) :

Parent 1 :

Parent 2 :

CHILD : (ci-après dénommé l'ENFANT)

DATE DE NAISSANCE :

Numéro de sécurité sociale de l'enfant :

**Si celui-ci est différent,
veuillez préciser :** _____ - _____

NOM DE RUE :

(Adresse postale, si
différente) :

VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL :

Votre numéro de téléphone fixe :

Votre numéro de téléphone portable :

RÉGIME PRIVÉ D'ASSURANCE MALADIE Remplissez SI l'enfant bénéficie d'un régime privé d'assurance maladie. Les services sociaux ont besoin de cette information. (VEUILLEZ COCHER UNE SEULE CASE)

L'enfant **N'EST PAS** couvert par mon régime d'assurance privée. L'enfant **EST** couvert par mon régime d'assurance privée :

Entreprise : _____ Assuré _____ Numéro de contrat _____

Numéro du groupe : _____ Couverture : _____ Date d'entrée en vigueur : _____

I. TYPE D'ALLOCATION : Cocher une option

Date of finalisation

- Allocation d'adoption et Title XIX/State Medicaid
 Allocation d'adoption uniquement
 Assurance maladie uniquement (Title XIX/State Medicaid)
(Conformément aux paragraphes CGS 17a-117 et CGS §17a-120)

--

L'allocation annuelle versée de \$ _____ est calculée sur la base du taux de \$ _____ par jour.

II. En tant que parent(s) adoptif(s) de l'ENFANT, je comprends/nous comprenons que :

- A. En cas de déménagement hors de l'État, le représentant de l'accord entre États du Connecticut (« Connecticut Interstate Compact ») transférera l'ENFANT, dans le cas où il est éligible à l'allocation Title IV-E, à l'agence responsable de la gestion du programme d'indemnités d'adoption du nouvel État de résidence aux fins de la protection des intérêts de l'ENFANT afin de garantir la prestation effective des services requis spécifiés dans le contrat d'indemnités d'adoption.
- B. Le Département de l'enfance et de la famille de l'État du Connecticut sera chargé de verser les indemnités d'adoption pendant la durée du présent Accord.
- C. Dans le cas d'un déménagement éventuel, le présent Accord reste en vigueur, quel que soit l'État de ma/notre résidence.
- D. Le montant de l'allocation mensuelle est calculé selon les besoins de l'ENFANT au moment du placement.
- E. L'allocation continuera d'être versée jusqu'au 18e anniversaire de l'enfant, si l'enfant a été adopté avant le 1er octobre 2013.**
- F. Le versement de l'allocation médicale se poursuivra jusqu'au 21 anniversaire de l'ENFANT uniquement.**
- G. Si l'enfant a été adopté le ou après le 1er octobre 2013, le versement de l'allocation peut se poursuivre jusqu'au 21e anniversaire de l'ENFANT si les conditions suivantes sont remplies :**
1. L'enfant avait au moins 16 ans ou plus au moment de la signature de l'accord d'adoption **ET**
 2. L'enfant est inscrit à temps complet à un programme d'enseignement secondaire accrédité ou à un programme menant à l'obtention d'un diplôme équivalent **OU** l'enfant est inscrit à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire ou professionnel **OU** l'enfant suit un programme ou participe à une activité approuvée par le commissaire du DCF et conçue pour favoriser l'emploi ou supprimer l'obstacle à l'embauche.
- H. Mon/notre régime familial d'assurance maladie sera pris en compte pour couvrir les frais médicaux de l'ENFANT.
- I. Une révision annuelle sera effectuée par le Département de l'enfance et de la famille afin d'évaluer la nécessité de poursuivre ou de modifier le montant et/ou la durée de l'allocation et/ou de l'allocation médicale.

J. Le présent accord sera résilié :

1. Si l'ENFANT n'est plus à ma/notre charge.
2. Si le Département de l'enfance et de la famille constate que l'ENFANT ne reçoit plus de soutien de la part de sa famille adoptive.
3. Si l'ENFANT a été adopté avant le 1er octobre 2013, et qu'il atteint l'âge de 18 ans (l'allocation médicale peut continuer à être versée jusqu'aux 21 ans de l'enfant).
4. Si l'enfant a été adopté le ou après le 1er octobre 2013 et qu'il satisfait aux conditions susmentionnées au paragraphe II.G., et qu'il atteint l'âge de 21 ans. Pour l'enfant qui satisfait aux conditions décrites à l'article E ci-dessus et qui atteint l'âge de 21.
5. Dans l'éventualité de mon/notre décès.
6. En cas de décès de l'ENFANT.
7. Si je demande/nous demandons à résilier le présent accord.

K Les indemnités d'adoption peuvent être modifiées avec notre accord dans le cas d'un changement :

1. Des besoins de l'ENFANT.
2. Dans le calendrier des paiements aux familles d'accueil (augmentation ou réduction).

L. Le présent accord engage les parties pour un an et doit être reconduit chaque année par le(s) parent(s) adoptif(s) et le Département de l'enfance et de la famille.

[DATE LIMITE : _____]

III.

- A. Je m'engage/Nous nous engageons à informer le Département de l'enfance et de la famille dans un délai de trente (30) jours dans le cas où nous n'avons plus la charge de l'ENFANT.
- B. J'accepte/Nous acceptons que les indemnités d'adoption ne doivent jamais dépasser la somme maximum versée au titre de l'allocation d'entretien attribuée aux familles d'accueil dans l'État du Connecticut.
- C. Le Département de l'enfance et de la famille s'engage à m'informer/nous informer de son intention éventuelle de réduire ou de résilier les indemnités d'adoption dans un délai d'au moins quinze (15) jours avant qu'une telle réduction ou résiliation prenne effet.
- D. Le Département de l'enfance et de la famille s'engage à m'informer/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.
- E. J'accepte/Nous acceptons que dans le cas où le Département de l'enfance et de la famille ne recevrait pas le contrat de reconduction dans les quinze (15) jours ouvrables qui suivent la date de reconduction, le DCF ne soit pas en mesure de fournir des services à ma personne ou à l'enfant dans l'avenir.**

IV. AVIS DU DROIT D'ÊTRE ENTENDU

J'ai/Nous avons été informé(s) par le Département de l'enfance et de la famille de mon/notre droit d'appel auprès de la Commission des indemnités d'adoption que je peux/nous pouvons exercer si je suis/nous sommes en désaccord avec la décision du Département de l'enfance et de la famille concernant l'accord d'indemnités d'adoption. J'ai/Nous avons le droit d'être représenté(s) lors de l'audience par un avocat à mes frais et d'être informé(s) en temps opportun de la date, du lieu et de l'heure de l'audience. Gen. Stat. §17a-118 (a).]

V. DÉCLARATION DE REVENUS ET SITUATION DE L'ENFANT ADOPTIF :

Inscrire le revenu mensuel de l'ENFANT ci-dessous et cocher la case source appropriée. Si un tel revenu n'existe pas, **écrire « Aucun »**.

- Sécurité sociale (SSA) Montant : \$ _____ / MOIS Source : Parent adoptif Parent biologique Inconnu
- Revenu de sécurité sociale complémentaire (SSI) Montant : \$ _____ / MOIS

VI. DÉCLARATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE

L'enfant est-il inscrit dans un établissement scolaire à temps plein ? [] Non [] Oui Classe : _____

Nom de l'établissement scolaire : _____ Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Pour tous les étudiants âgés de 18 à 21 ans, vous devez joindre la confirmation d'inscription actuelle ainsi que les documents du semestre en cours à ce document, afin de confirmer le bon respect des critères d'inscription à temps complet dans un établissement d'enseignement secondaire ou de formation professionnelle reconnu par l'État ou à un programme approuvé menant à l'obtention d'un diplôme équivalent.

