

**ESTADO DE CONNECTICUT  
DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS  
ACUERDO DE SUBSIDIO POR ADOPCIÓN  
RENOVACIÓN ANUAL**

<b>Office use only</b>	
ACCESS _____	IV-E CODE _____
LINK P- _____	C- _____
EMS _____	Rate _____

La siguiente es la revisión anual de acuerdo celebrado entre el DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS (DCF, por sus siglas en inglés) y el/la (los/las) Padre/Madre(s) adoptivo/a(s):

Padre/Madre 1:

Padre/Madre 2:

MENOR: (en lo sucesivo denominado el MENOR)

FECHA DE NACIMIENTO:

Número de seguro social del menor: **Si difiere, ingréselo:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(Dirección postal, si difiere):

DIRECCIÓN:

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

Su número de teléfono particular:

Su número de teléfono celular:

**SEGURO MÉDICO PRIVADO:** Completar SI el menor está en su seguro médico privado. El Departamento de Servicios Sociales requiere esta información (MARQUE UN CASILLERO).

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

Empresa: \_\_\_\_\_ Titular de la póliza \_\_\_\_\_ N.º de póliza \_\_\_\_\_

Número de seguro colectivo: \_\_\_\_\_ Cobertura: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia: \_\_\_\_\_

**I. TIPO DE SUBSIDIO: marque uno**

**Fecha de cese:**

Pago del subsidio por adopción y Título XIX/Medicaid del Estado

Solo pago del subsidio por adopción

Solo cobertura médica (Título XIX/Medicaid del Estado)

(de acuerdo con los párrafos 17a-117 y 17a-120 de las Leyes Generales de Connecticut, CGS, por sus siglas en inglés)

El pago del subsidio anual de \$ \_\_\_\_\_ se basa en la tasa de \$ \_\_\_\_\_ por día.

**II. Como Padre/Madre/s adoptivo/a/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 Subsidios por Adopción en el nuevo estado de residencia para proteger los intereses del MENOR y asegurar que se brinden el (los) servicio(s) necesario(s) especificado(s) en el Acuerdo de Subsidio por Adopción inicial.

B. El Departamento de Niños y Familias del Estado de Connecticut será responsable de los Pagos periódicos del Subsidio por Adopción 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).

D. El monto del pago del subsidio mensual se basa en las necesidades del MENOR al momento de la colocación.

E. El subsidio financiero continuará hasta que el menor cumpla 18 años, en caso de que haya sido adoptado antes del 1.º de octubre de 2013.

F. El subsidio médico continuará solo hasta que el MENOR cumpla 21 años de edad.

**G. Si el menor fue adoptado a partir del 1.º de octubre de 2013 inclusive, el subsidio financiero puede continuar hasta que el MENOR cumpla 21 años de edad, si se cumplen las siguientes condiciones:**

**1. El menor tenía al menos 16 años o más al momento en que se firmó el acuerdo de adopción Y**

**2. El menor está inscrito a tiempo completo en un programa educativo secundario aprobado o en un programa que le otorgará una credencial equivalente O el menor está inscrito a tiempo completo en una institución que brinda educación superior al nivel secundario o vocacional O el menor está participando en un programa o una actividad aprobados por la Comisionada del DCF, diseñado para promover o eliminar una barrera para el empleo.**

H. Se tendrá en cuenta el seguro médico de mi/nuestra familia para solventar los gastos médicos del MENOR.

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 o del subsidio médico.

J. Cesará este Acuerdo:

1. Si ya no soy/somos responsable(s) de la manutención del menor.
2. Si el Departamento determina que el MENOR ya no recibe apoyo de la familia adoptiva.
3. Si el MENOR fue adoptado antes del 1.º de octubre de 2013 y cumple 18 años de edad (el subsidio médico continuará hasta que el menor cumpla 21 años).
4. Si el MENOR fue adoptado antes del 1.º de octubre de 2013, satisface las condiciones del inciso II.G anterior y cumple 21 años de edad. Para el menor que cumple con las condiciones estipuladas en la Sección E anterior y cumple 21 años.
5. En caso de mi/nuestra muerte.
6. En caso de muerte del MENOR.
7. Si solicito/solicitamos el cese de este acuerdo.

K. El pago del subsidio puede modificarse con nuestra conformidad si hay cambios:

1. En las necesidades del MENOR.
2. En el cronograma de pensión alimentaria por cuidado sustituto (aumentos o disminuciones).

- L. Este acuerdo es vinculante por un año y el/los padre/s adoptivo/s y el Departamento de Niños y Familias deben renovarlo anualmente.

[VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_]

**III.**

---

- A. Acepto/Aceptamos notificar al Departamento de Niños y Familias dentro de los treinta (30) días en caso de que yo/nosotros ya no sea(mos) responsable(s) de la manutención del MENOR.
- B. Acepto/Aceptamos que el pago del Subsidio por Adopción nunca puede exceder la pensión alimentaria por cuidado sustituto del Estado de Connecticut.
- C. El Departamento de Niños y Familias acepta notificarme/nos de cualquier intento de reducir o cesar los pagos por Adopción con Subsidio al menos quince (15) días antes de tomar esa medida.
- D. El Departamento de Niños y Familias acepta notificarme/nos por escrito cuarenta y cinco (45) días antes de que sea necesaria la renovación e incluirá los formularios correspondientes junto con el aviso de renovación.
- E. Acepto/Aceptamos que si el Departamento de Niños y Familias no recibe el acuerdo de renovación dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la fecha de renovación, el DCF no podrá brindarme/nos a mi/nosotros o a mi hijo futuros servicios.

**IV. NOTIFICACIÓN DEL DERECHO A AUDIENCIA**

---

El Departamento de Niños y Familias me/nos ha informado acerca de mi/nuestro derecho de recurrir a la Comisión Revisora de Subsidios por Adopción si no estoy/estamos de acuerdo con la decisión del Departamento de Niños y Familias con respecto al acuerdo del subsidio por adopción. Tengo/Tenemos el derecho de que un abogado a mi/nuestro cargo me/nos represente y de recibir notificación oportuna de la fecha, el lugar y el horario de la audiencia [párrafo 17a-118 (a) de las Leyes Generales de Connecticut].

**V. DECLARACIÓN DE INGRESOS Y CIRCUNSTANCIAS DEL MENOR ADOPTADO:**

---

Ingrese a continuación los ingresos mensuales del MENOR y señale el casillero de fuente adecuado. Si no hay tales ingresos, **escriba "Ninguno"**.

- Seguro Social (SSA)      Monto: \$ \_\_\_\_\_/MES      Fuente:  Padre/Madre adoptivo/a     Padre/Madre biológico/a     Desconocido
- Seguridad del Ingreso Suplementario (SSI)    Monto: \$ \_\_\_\_\_/MES

**VI. DECLARACIÓN DE ASISTENCIA ESCOLAR**

---

¿El menor está inscrito en la escuela a tiempo completo?    [ ] No      [ ] Sí      Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_      Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

En el caso de todos los alumnos entre 18 y 21 años de edad, es obligatorio adjuntar a este documento la confirmación actual de inscripción y documentación del semestre en curso para confirmar el cumplimiento de los requisitos de tiempo completo para educación secundaria aprobada, el programa vocacional o el programa aprobado que otorga una credencial equivalente.

Declaro/Declaramos bajo juramento que las condiciones que motivaron que se certifique al MENOR como con necesidades especiales o con una afección relacionada siguen existiendo o se han manifestado nuevamente, y yo/nosotros sigo/seguimos siendo responsable(s) del cuidado y la manutención del MENOR. También declaro/declaramos bajo juramento que lo que informé/informamos con anterioridad es fiel y correcto a mi leal saber y entender, y acepto/aceptamos las condiciones del presente. Entiendo/Entendemos que este acuerdo entrará en vigencia hasta el\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Madre 2

\_\_\_\_\_  
Fecha

Subscribed and Sworn To Before Me This \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

*Note to Notary Public: When notarizing this document, please ensure that Section V is completed. If the answer to a question is "None," please make sure the word "None" appears in the box. Thank you.*

\_\_\_\_\_  
Notary Public, Commissioner of the Superior Court

Envíe por correo este Acuerdo y  
toda otra correspondencia a:  
**Department of Children and Families**  
**Subsidized Adoption Unit**  
505 Hudson Street Hartford, CT 06106

---

---

*(This section is for DCF Subsidized Adoption Office use only.)*

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

**Approved**

**Not Approved**