

État du Connecticut
Département de l'enfance et de la famille
DEMANDE D'INDENMNITÉS DE TUTELLE D'UN ENFANT AYANT UN LIEN DE PARENTÉ

Responsable légal/légaux proposé(s) :

| | |
|-------------------------------|--|
| Nom | Nom |
| Adresse | Téléphone Domicile : Travail : |
| Lien de parenté avec l'enfant | |

Enfant :

| | |
|--|---|
| Nom | Date de naissance |
| Adresse | Date de l'engagement pris auprès du Département de l'enfance et de la famille (DCF) |
| Date du placement auprès du tuteur proposé | Taux de placement familial actuel \$ |

Type d'indemnités demandées : (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

Allocation mensuelle

Allocation médicale – versée par le programme DSS Husky (pour les résidents du Connecticut uniquement)

Toute dépense exceptionnelle – doit être approuvée au préalable par écrit par le Responsable des indemnités de l'OChyP

Complétez les sections de la page qui suit pour chaque indemnité demandée.

Avis juridique important

Le requérant ou bénéficiaire d'une indemnité d'adoption versée par le Département de l'enfance et de la famille a le droit de contester tout refus, ajustement ou résiliation de ladite indemnité lors d'une audience administrative avec le Département de l'enfance et de la famille. Lors de cette audience, le requérant ou bénéficiaire a le droit d'être représenté par une personne sélectionnée par le requérant ou bénéficiaire, aux frais du requérant/bénéficiaire. Vous pouvez demander à être entendu(s) en écrivant au Bureau des audiences administratives du Département de l'enfance et de la famille au 505 Hudson Street, Hartford, CT, 06106

I. ALLOCATION MENSUELLE :

L'enfant a-t-il des besoins médicaux ou comportementaux qui requièrent des soins spécialisés ?

| | |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|

Allocation proposée : \$ _____ , par jour

II. ALLOCATION MÉDICALE :

L'enfant est-il couvert par un régime d'assurance maladie privé par le biais d'un parent ou du tuteur proposé ?

| | |
|-----|-----|
| Oui | Non |
|-----|-----|

III. INDEMNITÉS POUR DÉPENSE EXCEPTIONNELLE :

Montant demandé : \$ _____ (Maximum \$2 000,00)

Expliquer la nature de la dépense et son lien avec la tutelle supposée, lorsqu'elle a été engagée et les autres ressources de paiement examinées. Joindre les reçus ou justificatifs de la dépense. Joindre l'approbation écrite du Responsable des indemnités du Bureau central de l'OChYP.

SIGNATURES DES REQUÉRANTS (Note : Le présent document doit être signé par toutes les parties AVANT que ne soit prononcé le transfert de tutelle au tribunal pour mineurs.)

Je confirme avoir reçu une copie des règlements des Agences de l'État du Connecticut et du Département de l'enfance et de la famille concernant le programme d'adoption subventionné.

J'atteste de l'authenticité, de l'exactitude et de la bonne foi des termes énoncés aux articles I, II, and III de la présente demande. Oui Non

_____/_____/_____
Requérant (Tuteur proposé) Date

_____/_____/_____
Requérant (Tuteur proposé) Date

ATTESTATION D'INDEMNITÉS DU DÉPARTEMENT DE L'ENFANCE ET DE LA FAMILLE :

Une allocation mensuelle d'un montant de \$ _____, par jour, a été négocié avec le(s) tuteur(s) proposé(s).

L'enfant est éligible à l'allocation médicale.

Une indemnité pour dépense exceptionnelle est autorisée pour un montant de \$ _____.

Signatures :

Date :

Assistant(e) social(e) : _____
_____/_____/_____

Assistant(e) social(e) en chef : _____
_____/_____/_____

Responsable du programme : _____
_____/_____/_____

Directeur du bureau : _____
_____/_____/_____

Responsable du programme d'indemnités, OChYP : _____
_____/_____/_____

Le Département de l'enfance et de la famille refuse l'/les allocation(s) suivante(s) telle(s) que demandée(s) par le requérant :

- Allocation mensuelle
- Médicale
- Dépense exceptionnelle

Responsable du programme du bureau régional : _____
_____/_____/_____