

ولاية كونيتيكت
إدارة شؤون الأطفال والأسر
طلب للحصول على إعانة الوصاية لأحد الأقارب

الوصي(الأوصياء) المقترح:

الاسم	الاسم
العنوان	رقم الهاتف المنزل: العمل:
العلاقة بالطفل	

الطفل:

الاسم	تاريخ الميلاد
العنوان	تاريخ الالتزام مع إدارة شؤون الأطفال والأسر
تاريخ التنسب مع الوصي المقترح	معدل رعاية الحضانة الحالية دولار

نوع الإعانة المطلوبة : (ضع علامة اختيار على جميع الخيارات المنطبقة)

الإعانة المالية الشهرية

الإعانة الطبية - مقدمة من برنامج هاسكي التابع لإدارة الخدمات الاجتماعية (لسكان كونيتيكت فقط)

النققات الاستثنائية - تتطلب موافقة كتابية مسبقة من المدير المسؤول عن الإعانات بمكتب تنسيب الأطفال والشباب (OChyP)

أكمل الأقسام الموجودة في الصفحة التالية لكل طلب من طلبات الإعانة.

ملاحظة قانونية هامة

يحق لمقدم طلب الحصول على إعانة الوصاية أو المستفيد من إدارة شؤون الأطفال والأسر أن يطعن في أي رفض أو تعديل أو إنهاء للإعانة في أي وحدة من وحدات الطعون الإدارية التابعة لإدارة شؤون الأطفال والأسر. ويحق لمقدم الطلب أو المستفيد أن يمثل في تلك الجلسة أي شخص يختاره ويكون ذلك على نفقته. يحق لك تقديم طلب كتابي للطعن إلى وحدة الطعون الإدارية التابعة لإدارة شؤون الأطفال والأسر على العنوان DCF Administrative Hearings Unit, 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106.

أولاً. الإعانة المالية الشهرية:

هل لدى الطفل احتياجات طبية أو سلوكية تتطلب رعاية متخصصة؟

لا نعم

الإعانة المقترحة: دولار كبدل يومي

ثانياً. الإعانة الطبية:

هل الطفل مشمولاً بتأمين طبي خاص من خلال أحد الأبوين أو الوصي المقترح؟

لا نعم

ثالثاً. إعانة المصروفات الاستثنائية:

المبلغ المطلوب: دولار (الحد الأقصى 2000 دولار)

أشرح طبيعة النفقات ومدى ارتباطها بالاضطلاع بالوصاية ومتى تم تكديدها وموارد المبالغ الأخرى التي تم استكشافها. أرفق الإيصالات أو وثائق النفقات. أرفق الموافقة الكتابية التي أقرها المدير المسؤول عن الإعانات بمكتب تنسيق الأطفال والشباب بالمكتب المركزي.

توقيعات المتقدمين (ملاحظة: يجب أن تكون موقعة من كافة الأطراف قبل نقل الوصاية في المحكمة العليا المعنية بشؤون الأحداث.)
لقد استلمت نسخة من لوائح الوكالات الحكومية بولاية كونيتيكت وسياسة إدارة شؤون الأطفال والأسر التي تتعلق ببرامج إعانة الوصاية.

أقر بأن شروط الأقسام الأولى والثانية والثالثة من هذا الطلب صحيحة ودقيقة وفقاً لمعرفتي واعتقادي. نعم لا

_____ / _____ / _____
التاريخ مقدم الطلب (الوصي المقترح)

_____ / _____ / _____
التاريخ مقدم الطلب (الوصي المقترح)

اعتماد إدارة شؤون الأطفال والأسر للإعانة:

تم التفاوض بشأن إعانة مالية شهرية بمبلغ دولار كبدل يومي مع الوصي (الأوصياء) المقترح.

الطفل مؤهل للحصول على إعانة طبية.

تم اعتماد إعانة المصروفات الاستثنائية بمبلغ قدره دولار.

التوقيعات: التاريخ:

_____ / _____ / _____
اختصاصي الخدمة الاجتماعية:

_____ / _____ / _____
مشرف النشاط الاجتماعي:

_____ / _____ / _____
مدير البرنامج:

_____ / _____ / _____
مدير المكتب:

_____ / _____ / _____
مدير برنامج الإعانة، مكتب تنسيق الأطفال والشباب:

لا توافق إدارة شؤون الأطفال والأسر على الإعانة (الإعانات) التالية على النحو الذي طلبه مقدم الطلب:

شهرياً

طبياً

النفقات الاستثنائية

_____ / _____ / _____
مدير البرنامج بالمكتب المحلي: