

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

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

Ci-après une révision du contrat conclu par et entre le Département de l'enfance et de la famille (DCF) et le(s) parent(s) adoptifs(s) :

TUTEUR 1 : « **Prénom de la mère** » « **Nom de famille** »      TUTEUR 2 : « **Prénom du père** » « **Nom de famille** »  
ENFANT : « **Prénom de l'enfant** » « **Nom de famille** » (Ci-après dénommé l'ENFANT) DATE DE NAISSANCE : « **Date de naissance** »  
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIAL DE L'ENFANT : « **SocSec** » \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

NOM DE RUE : « **Nom de rue** » \_\_\_\_\_  
VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL : « **Ville** », « **État** » « **Code postal** » \_\_\_\_\_  
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : « **Téléphone** » \_\_\_\_\_

**I. TYPE D'INDEMNITÉS :**

Allocation et allocation médicale **OUI**      Allocation mensuelle uniquement **NON**  
Le paiement de la subvention annuelle de « **Allocation annuelle** » est calculée sur la base du taux de « **PJ** » par jour.

**II. RÉGIME PRIVÉ D'ASSURANCE MALADIE (Cochez une case ci-dessous)**

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

**III. EN TANT QUE TUTEUR(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 mensuelles 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. L'allocation et l'allocation médicale peuvent continuer à être versées jusqu'au 18e anniversaire de l'ENFANT, ou jusqu'à son 21e anniversaire si l'ENFANT fréquente à temps plein une école secondaire ou technique ou une université ou s'il suit une formation professionnelle reconnue par l'État.
- E. Mon/notre régime familial d'assurance maladie sera pris en compte pour couvrir les frais médicaux de l'enfant.
- F. Je dois/nous devons informer le Département de l'enfance et de la famille si le montant du revenu ou de l'actif de l'ENFANT change.
- G. L'allocation mensuelle peut être modifiée en cas de changement :
  - a. Des besoins de l'ENFANT.
  - b. Du revenu et patrimoine de l'ENFANT.
  - c. Du taux de placement familial du DCF (augmentation/réduction) applicable selon l'âge de l'ENFANT.
- H. Si l'ENFANT reçoit des indemnités de la sécurité sociale ou un SSI (revenu complémentaire de la sécurité sociale) et si le montant des prestations évolue, l'allocation de tutelle sera ajustée au dollar près en fonction du nouveau montant.
- 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 de l'allocation médicale.
- J. Si je ne soumetts/nous ne soumettons pas l'Accord de reconduction annuelle au Département de l'enfance et de la famille dans les délais impartis, les allocations peuvent prendre fin.
- K. Le présent accord sera résilié :
  - a. si j'arrête/nous arrêtons de fournir un soutien financier à l'ENFANT pour quelque raison que ce soit, y compris, mais sans s'y limiter, dans le cas d'un retour de l'ENFANT à son/ses parent(s).

- b. lorsque l'enfant atteint l'âge de dix-huit (18), [ou de vingt et un (21) ans si l'enfant fréquente de manière continue et à temps plein une école secondaire ou technique ou une université ou s'il suit une formation professionnelle reconnue par l'État].
  - c. dans l'éventualité de mon/notre décès.
  - d. en cas de décès de l'ENFANT.
- L. La charge de l'ENFANT me revient exclusivement et ma/notre famille n'a aucun lien de dépendance avec le Département de l'enfance et de la famille, à l'exception de mon/notre obligation d'informer le DCF de toute modification importante et de respecter mes exigences de reconduction annuelle.
- M. Le présent accord doit être reconduit chaque année par le(s) parent(s) adoptif(s) et le Département de l'enfance et de la famille.

---

**IV.**

- A. **Je m'engage/Nous nous engageons à informer le Bureau des indemnités du Département de l'enfance et de la famille dans un délai de cinq (5) jours dans le cas où je n'ai/nous n'avons plus la charge de l'ENFANT.**
- B. J'accepte/Nous acceptons que l'allocation mensuelle versée ne puisse jamais dépasser le taux de placement familial payé par le Département de l'enfance et de la famille, tel qu'il s'applique selon l'âge et les besoins de l'enfant.
- C. Le Département de l'enfance et de la famille s'engage à m'informer/nous informer de la réduction ou de la résiliation éventuelle de l'allocation de tutelle versée au moins quinze (15) jours avant que celle-ci 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 et à inclure les formulaires appropriés dans l'avis de reconduction.

---

**V. DÉCLARATION DE REVENUS ET SITUATION DE L'ENFANT POUR QUI LES INDEMNITÉS SONT VERSÉES :**

1. L'ENFANT reçoit-il un revenu de l'une des sources suivantes ? Oui [ ] Non [ ]

Source :  Revenu de sécurité sociale complémentaire (SSI) Numéro de réclamation \_\_\_\_\_

Montant : \$ \_\_\_\_\_ / MOIS

Administration de sécurité sociale (SSA) Numéro de réclamation \_\_\_\_\_ Montant :

\$ \_\_\_\_\_ / MOIS

Administration des vétérans (AV) Numéro de réclamation

\_\_\_\_\_ Montant : \$ \_\_\_\_\_ / MOIS

2. L'enfant est-il inscrit dans un établissement scolaire ou professionnel, dans une université ou à un programme de formation professionnelle reconnu par l'État à temps plein ?

[ ] Non [ ] Oui Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

Nom de l'établissement scolaire :

Adresse : \_\_\_\_\_

---

**VI. RESPONSABLE(S) LÉGAL/LÉGAUX ET SUCCESSEUR(S)**

Je nomme/Nous nommons par la présente la/les personne(s) suivante(s) pour me/nous succéder en tant que tuteur(s) de l'ENFANT dans l'éventualité de mon/notre décès ou d'une invalidité grave.

NOM : « Nom »

NOM : « Nom »

NOM DE RUE : « Nom de rue »

VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL : « Ville », « État » « Code postal »

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : « Téléphone »

---

**VII. DÉCLARATION DE L'ENFANT : (DOIT ÊTRE SIGNÉE PAR L'ENFANT ÂGÉ DE 14 ANS OU PLUS)**

J'atteste avoir vécu avec mon/mes responsable(s) légal/légaux cités à la première page du présent accord au cours des 12 mois derniers et que je continue de vivre avec elle/lui/eux. Le responsable légal subvient à mes besoins en matière d'hébergement, de nourriture, d'habits et autre (frais universitaire par exemple).

\_\_\_\_\_  
Signature de l'enfant (sceau notarial non requis)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
**VII.** J'ai/Nous avons été informé(s) par le Département de l'enfance et de la famille de mon/notre droit de recours auprès du Bureau des audiences administratives au cas où je serais/nous serions en désaccord avec la décision du Département de l'enfance et de la famille concernant le statut des allocations. J'ai/Nous avons le droit d'être représenté(s) lors de l'audience par un avocat à mes/nos frais et d'être informé(s) en temps opportun de la date, du lieu et de l'heure de l'audience.

\_\_\_\_\_  
**VIII.** CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE EN PRÉSENCE D'UN NOTAIRE OU DE TOUT AUTRE AGENT ADMINISTRATIF HABILITÉ À AUTHENTIFIER DES DOCUMENTS.

Je/Nous jurons que :

Je continue/Nous continuons d'être le/les tuteur(s) légal/légaux de l'ENFANT et que **L'ENFANT CONTINUE DE RÉSIDER DANS MON/NOTRE FOYER.** L'ENFANT continue de recevoir un soutien financier de ma/notre part. Les informations fournies ci-dessus sont, à ma/notre connaissance, authentiques, exactes et établies de bonne foi, et j'accepte/nous acceptons les conditions contenues dans les présentes. Je comprends/Nous comprenons que le présent accord demeure en vigueur jusqu'à « **Date** ».

\_\_\_\_\_  
**Tuteur 1**

\_\_\_\_\_  
**Tuteur 2**

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**