



Наступне є щорічною перевіркою Договору для субсидії на опікунство, який укладено між Департаментом у справах дітей і сім'ї (одна сторона договору) та опікуном (опікунами), які вказані нижче для опіки над дитиною, названою нижче, і з метою допомоги опікунам у наданні належного догляду.

Опікун №1		Опікун №2		
ПРИЗВИЩЕ:	ІМ'Я:	ПРИЗВИЩЕ:	ІМ'Я:	
Адреса: (Номер і вулиця):		Місто:	Штат:	Поштовий індекс:
Електронна пошта:	Телефон:	Електронна пошта:		Телефон:
ПРИЗВИЩЕ дитини	ІМ'Я дитини	Дата народження дитини:	Номер соціального забезпечення дитини:	
Тип субсидії:				
I. <input type="checkbox"/> Субсидія і медична допомога	<input type="checkbox"/> ТІЛЬКИ щомісячна субсидія	<input type="checkbox"/> Щорічна виплата субсидії в доларах США	заснована на сумі в доларах США на день.	
Приватне медичне страхування				
II. <input type="checkbox"/> Дитина НЕ Є на моєму приватному медичному страхуванні		<input type="checkbox"/> Дитина Є на моєму приватному медичному страхуванні		
Я/Ми, опікун(-и) дитини, які отримуємо субсидію, розуміємо, що:				
III.	<p>A. Штат Коннектикут, Департамент у справах дітей і сім'ї, відповідатиме за щомісячну виплату субсидій упродовж терміну дії цього Договору.</p> <p>B. У разі, якщо я/ми залишимо місце проживання в штаті, Представник укладеного між штатами договору (Connecticut Interstate Compact Representative) направить дитину (якщо дитина відповідає вимогам за Title IV-E для дітей у патронажних сім'ях) до агентства в штаті, що виконує програму Опікунства з отриманням субсидії в новому штаті проживання дитини, з метою захисту інтересів дитини та отримання гарантій надання необхідних медичних послуг, указаних у Початковому Договорі щодо Субсидії на Опікунство</p> <p>C. У разі, якщо я/ми залишу(-имо) місце проживання в штаті, Договір все одно буде чинним, незалежно від штату мого/нашого проживання</p> <p>D. Надання щомісячної фінансової субсидії і субсидії на медичну допомогу може тривати до дати, коли дитині виповниться 18 років, або до дати, коли дитині виповниться 21 рік, якщо дитина продовжує щоденне відвідування середньої школи, технічної школи або коледжу, або дитина записана в акредитовану штатом програму підготовки до працевлаштування.</p> <p>E. Моє/наше медичне страхування буде розглядатися таким чином, щоб задовольняти витрати на медичні послуги дитині.</p> <p>F. Я/ми повинен(-ні) повідомити Департамент у справах дітей і сім'ї, якщо є зміна в потребах дитини або в сімейних обставинах, які можуть вплинути на відповідну суму субсидії.</p> <p>G. Щомісячна субсидія і/або субсидія на медичні послуги можуть змінитися, якщо є зміни: <ul style="list-style-type: none"> a. У потребах дитини b. У доході або майні дитини c. У тарифах DCF для патронажної опіки (збільшення/зменшення), які відповідають віку дитини </p> <p>H. Якщо дитина отримує пільги соціального страхування або SSI (додатковий соціальний дохід) та є зміна в рівні пільг, то субсидія на опіку буде коригована шляхом зміни субсидії відповідно до вищевказаної зміни.</p> <p>I. Щорічну перевірку проводитиме Департамент у справах дітей і сім'ї з метою оцінити мої/наші обставини і потреби дитини, щоб встановити наявність або відсутність причини для продовження чи змінення суми та/або тривалості виплат фінансової субсидії</p> <p>J. Якщо я/ми у вказану дату не надам(-о) щорічний переглянутий Договір до Департаменту в справах дітей і сім'ї, то отримання субсидій може бути зупинено.</p> <p>K. Припинення дії Договору може статися: <ul style="list-style-type: none"> a. Якщо я/ми припиню (-ємо) надавати фінансову допомогу дитині з будь-якої причини, в тому числі, але без обмеження, повернення дитини для його(її) біологічних батьків; b. Дитина досягла віку вісімнадцять (18) років, або двадцять один (21) рік, якщо дитина щоденно відвідує середню школу, технічну школу або коледж, або записана в акредитовану штатом програму підготовки до працевлаштування; c. У разі моєї/нашої смерті або смерті дитини; або d. Якщо я/ми більше не маю (-ємо) права на фізичну чи юридичну опіку дитини. </p> <p>L. Я/ми розумію (-ємо), що дитина є виключно моєю (нашою) юридичною відповідальністю. Моя/наша сім'я, включаючи дитину, є незалежною від Департаменту, за винятком цих обов'язків, указаних в Договорі.</p> <p>M. Цей договір повинен щорічно переглядатися опікуном(-ами) і Департаментом у справах дітей і сім'ї.</p>			
IV.	<p>Департамент у справах дітей і сім'ї рекомендував мені/нам скористатися моїм/нашим правом звернутися до Відділу з Адміністративних слухань, якщо я/ми не погоджуся(-имося) з рішенням Департаменту стосовно статусу субсидій. Я/ми маю(-ємо) право на те, щоб на слуханнях нас представляв юрисконсульт за мої/наші власні гроші, а також на отримання своєчасного повідомлення про дату, місце і час проведення слухання.</p>			

V.	A.	Я/ми погоджуюся(-ємося) повідомити в письмовій формі Відділ субсидій Департаменту в справах дітей і сім'ї в межах п'яти (5) днів у разі, якщо я/ми більше не відповідаємо за підтримку дитини або дитина більше не проживає зі мною (з нами).		
	B.	Я/ми погоджуюся(-ємося), що щомісячна виплата субсидії ніколи не може перевищувати рівень виплати на патронажну опіку, який платить Департамент у справах дітей і сім'ї відповідно до віку дитини і спеціальних потреб.		
	C.	Я/ми погоджуюся(-ємося), що якщо/коли дитина досягне мінімального віку для обов'язкового відвідування школи, дитина буде зарахована в школу і щоденно відвідуватиме заняття згідно програми початкової чи середньої школи, або відповідно отримає інструкції до навчання вдома або за незалежною шкільною програмою, яка узгоджується з законодавством штату, в якому дитина проживає, за винятком того, що дитина завершила програму середньої школи чи дитина не в змозі відвідувати школу через медичний стан. Під час кожної щорічної перевірки я/ми надам(-о) підтвердження до Департаменту в справах дітей і сім'ї щодо обставин стосовно освіти для дитини.		
	D.	Департамент у справах дітей і сім'ї погоджується в письмовій формі повідомити мене/нас про будь-яке зменшення суми або припинення виплат субсидії на опікунство принаймні за чотирнадцять (14) днів перед тим, як вчинити таку дію. Я/ми розумію (-ємо), що ми можемо направити запит на проведення слухання для оскарження цієї дії.		
	E.	Департамент у справах дітей і сім'ї погоджується в письмовій формі повідомити мене/нас за сорок п'ять (45) днів перед датою щорічної перевірки і включити відповідні форми разом із повідомленням щодо перевірки.		
Декларація про дохід і обставини дитини, для якої надається субсидія				
1. Чи дитина має дохід з будь-якого з нижчезказаних джерел? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні				
<input type="checkbox"/>	Додатковий соціальний дохід (SSI)	Заява №:	Сума	на місяць
<input type="checkbox"/>	Управління соціального забезпечення (SSA)	Заява №:	Сума	на місяць
<input type="checkbox"/>	Управління в справах ветеранів	Заява №:	Сума	на місяць
2. Чи дитина зарахована для щоденного відвідування школи? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні		Якщо "Так", вкажіть назву школи:		
Адреса школи: (Номер і вулиця):		Місто:	Штат:	Поштовий індекс:
★★★ ЗАЯВА ДИТИНИ ★★★ (повинна бути підписана дитиною, якщо дитина віком 14 років і старше)				
VI.	Я підтверджую, що я живу з опікунами, вказаними на лицевій сторінці цього Договору протягом минулих 12 місяців і продовжую жити з ними. Цей опікун надав мені допомогу в формі житла, їжі, одягу або інших пов'язаних потреб (наприклад, оплата коледжу). <i>(Не потребує нотаріальної печатки)</i>			
Підпис дитини			Дата:	
VIII.	У разі смерті, тяжкої інвалідності або серйозної хвороби доглядача, який отримує субсидію на опікунство, вповноважена особа може перевести субсидію на опікунство до правонаступника опікуна, який відповідає вимогам Департаменту щодо безпечної патронажної опіки. Слід укласти новий Договір між DCF і правонаступником опікуна. Я/ми в цьому документі називаємо особу(осіб), які можуть бути правонаступником(-ами) опікуна(-ів) дитини (або дітей).			
Правонаступник опікуна №1		Правонаступник опікуна №2		
ПРИЗВИЩЕ:		ПРИЗВИЩЕ:		ІМ'Я:
ІМ'Я:		ІМ'Я:		ІМ'Я:
Адреса: (Номер і вулиця):		Місто:		Штат: Поштовий індекс:
Електронна пошта:		Телефон:		Електронна пошта: Телефон:
ЦЕЙ РОЗДІЛ СЛІД ЗАПОВНИТИ В ПРИСУТНОСТІ ДЕРЖАВНОГО НОТАРІУСА АБО ІНШОЇ ОФІЦІАЛЬНОЇ ОСОБИ, УПОВНОВАЖЕНОЇ НОТАРИЗУВАТИ ДОКУМЕНТИ				
Я/ми присягаю (-ємо), що: Я/ми продовжую (-ємо) бути законним (-и) опікуном(-ами) дитини і що дитина продовжує жити в моєму/нашому домі. Дитина продовжує отримувати фінансову допомогу від мене/нас. Інформація, що я/ми надав(-ли) вище, є правдивою і вірною, наскільки це відповідає моїм/нашим знанням і уявленням, і я/ми погоджуюся(-ємося) з умовами, вказаними в цьому документі. Я/ми розумію(-ємо), що Договір залишається чинним упродовж				
Підпис опікуна № 1		Дата:		Підпис опікуна №2: Дата:
Підписано і принесено присягу в мої присутності цього			Підпис судді, помічника секретаря або державного нотаріуса:	
(This section is for the 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. <input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> NOT APPROVED			Місце для печатки нотаріуса:	
Надішліть поштою цей Договір та іншу кореспонденцію до		Department of Children and Families Subsidy Unit 505 Hudson Street Hartford, Connecticut 06106		