

تم إبرام اتفاق إعانة الوصاية التالية من قبل وبين إدارة الأطفال والأسر وبين مقدم (مقدمي) الرعاية المذكورين أدناه بغرض تسهيل نقل وصاية الطفل المذكور أدناه ولمساعدة مقدمي الرعاية على توفير الرعاية المناسبة للطفل.

مقدم الرعاية رقم 1		مقدم الرعاية رقم 2	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:	الاسم الأول:	الاسم الأخير:
العنوان: (الرقم والشارع)		المدينة:	الولاية:
رقم الهاتف:	عنوان البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف:	عنوان البريد الإلكتروني:
رقم التأمين الاجتماعي للطفل:	تاريخ ميلاد الطفل:	الاسم الأول للطفل:	الاسم الأخير للطفل:

### الاتفاق

تم الاتفاق على أنه عندما أوقع/نوقع اتفاق إعانة الوصاية هذا ويتم نقل الوصاية، أكون/نكون مؤهلين للحصول على الإعانات التالية:  
[يرجى التحقق من جميع العناصر المعمول بها:]

1.  نعم  لا إذا كانت الإجابة بنعم: \_\_\_\_\_  SSA  SSI (المبلغ كل شهر)
- تم التفاوض على الإعانة المالية الشهرية بمبلغ \_\_\_\_\_ (المبلغ الشهري)
- الإعانة الطبية (الباب التاسع / مديكيد الخاص بولاية كونيتيكت من خلال إدارة الخدمات الاجتماعية)
- إعانة النفقات الاستثنائية (مجموع النفقات غير المتكررة المرتبطة بالحصول على الوصاية القانونية (يجب ألا تتجاوز 2000 دولار أمريكي):

2. أفهم/نفهم أنه إذا انتقلت/انتقلنا إلى ولاية أخرى، تقع على عاتقي/عاتقنا مسؤولية التقدم بطلب للحصول على إعانات الباب التاسع/مديكيد الخاص بالولاية من الولاية التي سنقيم فيها. إذا رفضت الولاية الأخرى طلبي/طلبنا، فسيتم دفع المستحقات بواسطة إدارة الخدمات الاجتماعية في كونيتيكت.

3. أنا/نحن، كوصي/أوصياء على الطفل، نفهم ما يلي::

- أ. ستكون ولاية كونيتيكت، إدارة الأطفال والأسر، مسؤولة عن إصدار شيكات دفع الإعانة الشهرية إلى الوصي (الأوصياء) طوال مدة هذا الاتفاق.
- ب. في حالة انتقالنا/انتقالنا، يظل هذا الاتفاق سارياً بغض النظر عن حالة إقامتي/إقامتنا.
- ج. وفقاً لهذا الاتفاق، تبدأ الإعانات في التاريخ الذي تصدر فيه المحكمة أمراً بنقل الوصاية.
- د. يعتمد مبلغ الإعانة المالية الشهرية على ظروفنا واحتياجات الطفل.
- هـ. يمكن أن تستمر الإعانة المالية الشهرية والإعانة الطبية حتى عيد الميلاد الثامن عشر للطفل، أو عيد الميلاد الحادي والعشرين للطفل إذا كان الطفل مستمراً في الحضور بدوام كامل في مدرسة ثانوية أو مدرسة فنية أو كلية أو إذا كان ملتحقاً ببرنامج تدريب وظيفي معتمد من الدولة.
- و. بالإضافة إلى الإعانات المدرجة في القسم الأول من هذا الاتفاق والتي قد أكون/نكون أنا والطفل مؤهلين لها، أفهم/نفهم أننا قد نطلب معلومات تتعلق بالخدمات الإضافية أو التغييرات في هذا الاتفاق عن طريق الاتصال بوحدة الإعانة التابعة للإدارة على رقم 860-550-6608.
- ز. يجب علي/علينا إخطار إدارة الأطفال والأسر عند حدوث تغيير في احتياجات الطفل أو ظروف الأسرة التي قد تؤثر على المبلغ المناسب للإعانة.
- ح. يمكن تعديل الإعانة الشهرية:
  - أ. إذا تغيرت احتياجات الطفل،
  - ب. إذا انخفضت تكلفة الرعاية بالتبني في الإدارة (لا يمكن أن تتجاوز الإعانة تكلفة الرعاية بالتبني السائدة)، و
  - ج. إذا تغيرت ظروف الوصي/الأوصياء
- ط. ستجري إدارة الأطفال والأسر مراجعة سنوية لتقييم ظروفنا واحتياجات الطفل لتحديد ما إذا كان هناك سبب للاستمرار في دفع نفس المبلغ و/أو الإبقاء على مدة الإعانة المالية أو تعديل أي منهما.
- ي. سيتم تجديد هذا الاتفاق سنوياً بواسطة/بواسطتنا وبواسطة الإدارة. إذا لم أقم/نقم بتقديم اتفاق التجديد السنوي إلى إدارة الأطفال والأسر بحلول تاريخ الاستحقاق المحدد، فقد تخضع الإعانات للإلغاء.
- ك. سوف يتم إنهاء هذا الاتفاق:
  - أ. إذا لم أعد/نعد مسؤولاً/مسؤولين عن تقديم الإعانة المالية للطفل لأي سبب بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، عودة الطفل إلى والديه؛
  - ب. عندما يبلغ سن الطفل الثامنة عشرة (18)، أو الحادية والعشرين (21) إذا كان الطفل يحضر بدوام كامل بمدرسة ثانوية أو مدرسة فنية أو كلية أو ملتحقاً ببرنامج تدريب وظيفي معتمد من الدولة؛
  - ج. في حالة وفاتي/وفاتنا أو وفاة الطفل؛ أو
  - د. إذا لم يعد لدي/لدينا وصاية على الطفل.
- ل. أفهم أن الطفل هو مسؤوليتي/مسؤوليتنا القانونية وحدي/وحدنا. أسرتي/أسرتنا، بما في ذلك الطفل، مستقلة عن الإدارة باستثناء الالتزامات المنصوص عليها في هذا الاتفاق.

4.	أ. أوافق/نوافق على إخطار إدارة الأطفال والأسر كتابةً في حال لم أعد مسؤولاً/لم نعد مسؤولين عن إعالة الطفل أو إذا لم يعد الطفل يعيش معي (معنا). ب. أوافق/نوافق على أن مبلغ الإعانة الشهرية لا يمكن أن يتجاوز أبداً مبلغ الرعاية بالتبني السائد الذي تدفعه إدارة الأطفال والأسر حسب ما ينطبق على سن هذا الطفل واحتياجاته الخاصة. ج. أوافق/نوافق على أنه إذا/عندما يبلغ الطفل الحد الأدنى لسن الالتحاق بالمدرسة الإلزامية، سيتم تسجيل الطفل وسيحضر في برنامج مدرسة ابتدائية أو ثانوية بدوام كامل أو يتم تعليمه وفقاً لبرنامج مدرسة منزلية أو دراسة مستقلة يتوافق مع قانون الولاية التي يعيش فيها الطفل، ما لم يكن الطفل قد أكمل برنامجاً في مدرسة ثانوية أو كان غير قادر على الحضور بسبب حالة طبية. ساقدم/سنقدم تأكيداً للظروف التعليمية للطفل إلى إدارة الأطفال والأسر في كل مراجعة سنوية. د. توافق إدارة الأطفال والأسر على إخطاري/إخطارنا كتابةً بأي تخفيض أو إنهاء لمبلغ مدفوعات إعانة الوصاية قبل أربعة عشر (14) يوماً على الأقل من اتخاذ مثل هذا الإجراء. أفهم/نفهم أننا قد نطلب عقد جلسة استماع للطعن في هذا الإجراء. هـ. توافق إدارة الأطفال والأسر على إخطاري / إخطارنا كتابةً قبل خمسة وأربعين (45) يوماً من تاريخ التجديد السنوي وتضمن النماذج المناسبة مع إشعار التجديد.
5.	لقد تم إخطاري/إخطارنا من قبل إدارة الأطفال والأسر بحقي/حقنا في الاستئناف إلى وحدة جلسات الاستماع الإدارية إذا كنت/كنا لا نوافق على قرار إدارة الأطفال والأسر بشأن هذا الاتفاق أو أي اتفاق تجديد أو أي إجراء آخر يؤثر على حالة الإعانات التي أتلقها/نتلقاها. أفهم/نفهم أنه يمكنني/يمكننا طلب عقد جلسة استئناف عن طريق الكتابة إلى: <b>Department of Children and Families Administrative Hearings Unit, 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106, <a href="mailto:DCF.Appeals@ct.gov">DCF.Appeals@ct.gov</a></b> أفهم/نفهم أنه يحق لي/لنا أن يتم تمثيلي/تمثيلنا في جلسة الاستماع من قبل مستشار قانوني على نفقتي/نفقتنا الخاصة وأن نتلقى إشعاراً في الوقت المناسب بتاريخ ومكان ووقت جلسة الاستماع.
6.	تاريخ نفاذ هذا الاتفاق هو تاريخ نقل الوصاية. التاريخ المتوقع لنقل الوصاية :
7.	في حالة الوفاة أو الإعاقة الشديدة أو المرض الخطير لمقدم رعاية يتلقى إعانة الوصاية، يجوز للمفوض تحويل إعانة الوصاية إلى الوصي الذي يخلفه والذي يفرض متطلبات سلامة الرعاية بالتبني الخاصة بالإدارة. يجب تنفيذ اتفاق جديد بين إدارة الأطفال والأسر DCF والوصي اللاحق. نسمي أنا/نحن بموجب ذلك الشخص (الأشخاص) التالية أسماءهم ليكون/ليكونوا الوصي (الأوصياء) الخلف على الطفل (أو الأطفال).
<b>الوصي اللاحق رقم 1</b>	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
الرمز البريدي:	الولاية:
رقم الهاتف:	رقم الهاتف:
عنوان البريد الإلكتروني:	عنوان البريد الإلكتروني:
<b>الوصي اللاحق رقم 2</b>	
الاسم الأول:	الاسم الأخير:
الرمز البريدي:	الولاية:
رقم الهاتف:	رقم الهاتف:
عنوان البريد الإلكتروني:	عنوان البريد الإلكتروني:
<b>تعليقات/ملاحظات/معلومات إضافية (إذا لزم الأمر)</b>	
<b>التوقيعات</b>	
التاريخ:	توقيع مقدم الرعاية رقم 1
التاريخ:	توقيع مقدم الرعاية رقم 2
التاريخ:	توقيع مشرف برنامج DCF (أو من ينوب عنه)