

L'Accord de subvention de la tutelle suivant a été conclu par et entre le Department of Children and Families et le(s) fournisseur(s) de soins nommé(s) ci-dessous dans le but de faciliter le transfert de la tutelle de l'enfant nommé ci-dessous et d'aider les responsables à s'occuper correctement de l'enfant.

Fournisseur de soins n°1		Fournisseur de soins n°2	
NOM :	PRÉNOM :	NOM :	PRÉNOM :
Adresse : (N° et rue) :		Ville :	État : Code postal :
Courriel :	Téléphone :	Courriel :	Téléphone :
PRÉNOM de l'enfant	NOM de l'enfant	Date de naissance de l'enfant :	Numéro de sécurité sociale de l'enfant :

Accord

- I. Il est convenu que lorsque je signe/nous signons cet Accord de subvention de la tutelle et que la tutelle est transférée, je suis/nous sommes admissible(s) aux prestations suivantes : [Veuillez cocher tous les points applicables] :
L'enfant est actuellement admissible aux prestations de sécurité sociale : Si oui : NSS SSA _____ (montant mensuel)
 Oui Non
 Subvention financière mensuelle négociée d'un montant de _____ (montant quotidien)
 Subvention médicale (Title XIX T State Medicaid par le biais du département des services sociaux)
 Subvention pour dépenses exceptionnelles (total des dépenses non récurrentes liées à l'obtention de la tutelle légale (ne devant pas dépasser 2 000 \$) :
- II. Je comprends/Nous comprenons que si je déménage/nous déménageons dans un autre État, il est de ma/notre responsabilité de demander le Title XIX/State Medicaid de l'État dans lequel nous résiderons. Si l'autre État refuse ma/notre demande, le paiement sera assuré par le Connecticut Department of Social Services.
- III. En tant que tuteur(s) de l'enfant, je comprends/nous comprenons que :
- A. Le Department of Children and Families, de l'État du Connecticut, sera responsable de l'émission des chèques mensuels de versement des subventions au(x) tuteur(s) pendant la durée de cet Accord.
 - B. Si je déménage/nous déménageons, cet accord restera en vigueur, quel que soit l'État de ma/notre résidence.
 - C. Conformément au présent Accord, les subventions commencent à la date à laquelle le tribunal rend une ordonnance de transfert de la tutelle.
 - D. Le montant de l'aide financière mensuelle est déterminé en fonction de ma/notre situation et des besoins de l'enfant.
 - E. La subvention financière mensuelle et la subvention médicale peuvent se poursuivre jusqu'au 18^e anniversaire de l'enfant, ou jusqu'à son 21^e anniversaire si l'enfant fréquente de façon continue et à plein temps un établissement d'enseignement secondaire, une école technique ou un collège, ou s'il suit un programme de formation professionnelle agréé par l'État.
 - F. En plus des prestations énumérées à la section I du présent Accord auxquelles l'enfant et moi-même pouvons être admissibles, je comprends que nous pouvons demander des renseignements concernant des services supplémentaires ou des modifications au présent accord en appelant le Department's Subsidy Unit au 860-550-6608.
 - G. Je dois/nous devons informer le Department of Children and Families de tout changement dans les besoins de l'enfant ou dans la situation de la famille qui pourrait avoir une incidence sur le montant approprié de l'aide.
 - H. La subvention mensuelle peut être modifiée :
 - a. si les besoins de l'enfant changent,
 - b. si le taux de placement en famille d'accueil du Department diminue (une subvention ne peut pas dépasser le taux de placement en famille d'accueil en vigueur), et
 - c. si la situation du (des) tuteur(s) change
 - I. Un examen annuel sera effectué par le Department of Children and Families pour évaluer ma/notre situation et les besoins de l'enfant afin de déterminer s'il y a lieu de maintenir ou de modifier le montant et/ou la durée de la subvention financière.
 - J. Cet Accord sera renouvelé chaque année par moi/nous et le Department. Si je ne présente pas/nous ne présentons pas l'Accord de renouvellement annuel au Department of Children and Families à la date prévue, les subventions peuvent être résiliées.
 - K. Le présent Accord sera résilié :
 - a. si je n'ai plus/nous n'avons plus la responsabilité de fournir un soutien financier à l'enfant pour quelque raison que ce soit, y compris, mais sans s'y limiter, le retour de l'enfant à ses parents;
 - b. lorsque l'enfant atteint l'âge de dix-huit (18) ans, ou de vingt-et-un (21) ans s'il fréquente à plein temps un établissement d'enseignement secondaire, une école technique ou un collège, ou s'il suit un programme de formation professionnelle agréé par l'État;
 - c. en cas de mon/notre décès ou du décès de l'enfant; ou
 - d. si je n'ai/nous n'avons plus la garde physique ou légale de l'enfant.
 - L. Je comprends que l'enfant est sous ma/notre seule responsabilité légale. Ma/notre famille, y compris l'enfant, est indépendante du service, à l'exception des obligations décrites dans le présent Accord.

IV.	<p>A. Je m'engage/nous nous engageons à informer par écrit le Department of Children and Families au cas où je ne serais/nous ne serions plus responsable de l'entretien de l'enfant ou si l'enfant ne vit plus avec moi (nous).</p> <p>B. J'accepte/Nous acceptons que le paiement mensuel de l'allocation ne puisse jamais dépasser le taux de placement en famille d'accueil en vigueur payé par le Department of Children and Families, tel qu'applicable pour l'âge et les besoins particuliers de cet enfant.</p> <p>C. J'accepte/Nous acceptons que si/quant l'enfant a atteint l'âge minimum de la scolarité obligatoire, il sera inscrit et suivra un programme d'enseignement primaire ou secondaire à plein temps ou sera instruit dans le cadre d'une école à la maison ou d'un programme d'études indépendantes conforme à la législation de l'État dans lequel l'enfant vit, sauf si l'enfant a terminé un programme d'enseignement secondaire ou est incapable de le suivre en raison d'un problème de santé. Je fournirais/nous fournirions une confirmation de la situation scolaire de l'enfant au Department of Children and Families à chaque examen annuel.</p> <p>D. Le Department of Children and Families s'engage à m'informer/nous informer par écrit de toute réduction ou cessation du montant des paiements de l'allocation de tutelle au moins quatorze (14) jours avant de prendre une telle mesure. Je comprends/Nous comprenons que nous pouvons demander une audience pour contester cette action.</p> <p>E. Le Department of Children and Families s'engage à me/nous informer par écrit quarante-cinq (45) jours avant la date du renouvellement annuel et à joindre les formulaires appropriés à l'avis de renouvellement.</p>		
V.	<p>J'ai/nous avons été informé(s) par le Department of Children and Families de mon/notre droit de faire appel auprès de l'Administrative Hearings Unit si je suis/nous sommes en désaccord avec la décision du Department of Children and Families concernant le présent accord ou tout accord de renouvellement ou toute autre action qui affecte le statut des subventions que je reçois/nous recevons. Je comprends/Nous comprenons que je peux/nous pouvons demander une audience d'appel en écrivant au :</p> <p style="text-align: center;">Department of Children and Families Administrative Hearings Unit, 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106, DCF.Appeals@ct.gov</p> <p>Je comprends/Nous comprenons que j'ai/nous avons le droit d'être représenté(s) à l'audience par un avocat à mes/nos frais et de recevoir en temps utile une notification de la date, du lieu et de l'heure de l'audience.</p>		
VI.	<p>La date d'entrée en vigueur du présent Accord est la date du transfert de la tutelle. Date prévue de transfert de la tutelle :</p>		
VII.	<p>En cas de décès, d'invalidité grave ou de maladie grave d'un tuteur qui reçoit une subvention de tutelle, le commissaire peut transférer la subvention de tutelle à un tuteur successeur qui répond aux exigences de sécurité du département en matière de famille d'accueil. Un nouvel Accord doit être signé entre la DCF et le tuteur successeur. Je désigne/Nous désignons par la présente la/les personne(s) suivante(s) pour être le(s) tuteur(s) successeur(s) de l'enfant (ou des enfants).</p>		
Tuteur successeur n°1		Tuteur successeur n°2	
NOM :	PRÉNOM :	NOM :	PRÉNOM :
Adresse : (N° et rue) :		Ville :	État : Code postal :
Courriel :	Téléphone :	Courriel :	Téléphone :
Commentaires/Remarques/Renseignements complémentaires (si nécessaire)			
Signatures			
Signature du Fournisseur de soins n°1		Date :	
Signature du Fournisseur de soins n°2		Date :	
Signature du superviseur du programme DCF (ou de la personne désignée)		Date :	