



Se ha establecido el siguiente Acuerdo de subsidio para tutela entre el Departamento de Niños y Familias y el(los) cuidador(es) mencionado(s) más adelante, con el fin de facilitar la transferencia de la tutela del menor mencionado más adelante y para ayudar a los cuidadores a proporcionar atención apropiada al menor.

Cuidador n.º 1		Cuidador n.º 2	
APELLIDO:	NOMBRE:	APELLIDO:	NOMBRE:
Dirección: (N.º y calle):		Ciudad:	Estado: Código postal:
Correo electrónico:	N.º de teléfono:	Correo electrónico:	N.º de teléfono:
APELLIDO del menor:	NOMBRE del menor:	FECHA DE NACIMIENTO del menor:	Número de seguro social del menor:

Acuerdo

I. Se acuerda que cuando yo/nosotros firme/firmemos este Acuerdo de subsidio de tutela y se transfiera la tutela, yo/nosotros soy/somos elegible(s) para recibir los siguientes beneficios: [Marque todos los puntos aplicables]:
 El menor es actualmente elegible para Beneficios del Seguro Social: Sí No Si la respuesta es "Sí", SSI SSA _____ (cantidad por mes)
 Subsidio financiero mensual negociado por el monto de _____ (cantidad diaria)
 Subsidio médico (Título XIX/Medicaid del Estado de CT a través del Departamento de Servicios Sociales)
 Subsidio de gastos excepcionales (costo total de gastos no recurrentes asociados con la obtención de la tutela legal, (que NO excedan los \$2000):

II. Entiendo/Entendemos que si me mudo/nos mudamos a otro estado, tengo/tenemos la responsabilidad de solicitar los beneficios del Título XIX/Medicaid del estado donde residiremos. Si el otro estado niega mi/nuestra solicitud, el Departamento de Servicios Sociales de Connecticut realizará el pago.

III. Yo/Nosotros, como tutor(es) del menor, comprendo/comprendemos que:

- A. El Estado de Connecticut, Departamento de Niños y Familias, será responsable de emitir los cheques de pago de subsidio mensual al/a los tutor(es) mientras dure este Acuerdo.
- B. Si me mudo/nos mudamos, este Acuerdo seguirá en vigencia, independientemente de en qué estado resida/residamos.
- C. De conformidad con este Acuerdo, los subsidios comenzarán en la fecha en la que el tribunal registre una orden de transferencia de tutela.
- D. El monto del subsidio financiero mensual se basa en mis/circunstancias y en las necesidades del menor.
- E. El subsidio financiero mensual y el subsidio médico pueden continuar hasta que el menor cumpla 18 años, o hasta que cumpla 21 años, si el menor asiste continuamente y a tiempo completo a la escuela secundaria, la escuela técnica o el colegio universitario o si está en un programa de entrenamiento laboral acreditado por el estado.
- F. Además de los beneficios enumerados en la Sección I de este Acuerdo para los que yo/nosotros o el menor podamos ser elegibles, yo/nosotros comprendo/comprendemos que puedo/podemos solicitar información referente a los servicios adicionales o cambios de este Acuerdo llamando a la Unidad de Subsidios del Departamento, al 860-550-6608.
- G. Yo/Nosotros debo/debemos notificar al Departamento de Niños y Familias siempre que haya un cambio en las necesidades del menor o en las circunstancias de la familia que puedan influir en el monto adecuado del subsidio.
- H. El subsidio mensual se puede modificar:
 - a. si cambian las necesidades del menor,
 - b. si disminuye la tasa de cuidado sustituto del Departamento (un subsidio no puede exceder la tasa de cuidado sustituto vigente), y
 - c. si cambian las circunstancias del/de los tutor(es).
- I. El Departamento de Niños y Familias efectuará una revisión anual para evaluar mis/nuestras circunstancias y las necesidades del menor, para determinar si hay motivos para continuar o modificar el monto y/o la duración del subsidio financiero.
- J. Este Acuerdo será renovado anualmente por mi/nosotros y el Departamento. Si yo/nosotros no presento/presentamos la renovación anual del Acuerdo al Departamento de Niños y Familias antes de la fecha límite especificada, los subsidios pueden ser objeto de cese.
- K. El cese de este Acuerdo ocurrirá:
 - a. si ya no soy/somos responsable(s) de proporcionar apoyo financiero al menor por cualquier razón, entre otras, el regreso del menor con sus padres;
 - e. cuando el menor cumpla dieciocho (18) años, o hasta que cumpla veintiún (21) años, si el menor asiste a tiempo completo a la escuela secundaria, la escuela técnica o el colegio universitario o si está en un programa de entrenamiento laboral acreditado por el estado;
 - c. en caso de mi/nuestra muerte o la muerte del menor; o
 - d. si yo/nosotros ya no tengo/tenemos la custodia física o legal del menor.
- L. Comprendo/Comprendemos que el menor es mi/nuestra responsabilidad legal. Mi/Nuestra familia, incluido el menor, es independiente del Departamento, excepto por los deberes señalados en este Acuerdo.

- IV. A. Yo/Nosotros accedo/accedemos a notificar al Departamento de Niños y Familias, por escrito, en caso de ya no poder ser responsable de mantener al menor o si el menor ya no vive conmigo/con nosotros.
- B. Acepto/Aceptamos que el pago del subsidio mensual nunca puede exceder la tasa de cuidado sustituto que paga el Departamento de Niños y Familia, que corresponda a la edad y a las necesidades especiales de este menor.
- C. Acepto/Aceptamos que si el menor ha cumplido/cuando el menor haya cumplido la edad mínima de asistencia escolar obligatoria, será inscrito y asistirá a tiempo completo a un programa de educación elemental o secundaria o se le instruirá de acuerdo con un programa de escolarización domiciliaria o de estudio independiente que respete la ley del estado donde esté viviendo el menor, a menos que haya completado un programa de escuela secundaria o no pueda asistir (al mismo) por un problema de salud. Confirmaré/Confirmaremos las circunstancias educativas del menor al Departamento de Niños y Familias en cada revisión anual.
- C. El Departamento de Niños y Familias acepta notificarme/notificarnos por escrito sobre cualquier reducción o suspensión definitiva del monto de los pagos del subsidio por tutela, al menos catorce (14) días antes de tomar esa medida. Entiendo/Entendemos que podemos solicitar una audiencia para impugnar esta medida.
- E. El Departamento de Niños y Familias acuerda notificarme/notificarnos por escrito cuarenta y cinco (45) días antes de la fecha de revisión anual e incluir los formularios apropiados con la notificación de renovación.

V. Yo/Nosotros he/hemos sido informado(s) por el Departamento de Niños y Familias sobre mi/nuestro derecho de apelar ante la Unidad de Audiencias Administrativas si estoy/estamos en desacuerdo con la decisión del Departamento de Niños y Familias en referencia a este Acuerdo, cualquier renovación o cualquier otra acción que afecte el estatus del subsidio que estoy/estamos recibiendo. Entiendo/Entendemos que puedo/podemos solicitar por escrito al:

Department of Children and Families Administrative Hearings Unit, 505 Hudson Street, Hartford, CT 06106, DCF.Appeals@ct.gov

Tengo/Tenemos el derecho de que un abogado a mi/nuestro cargo me/nos represente en la audiencia y de recibir notificación oportuna de la fecha, el lugar y el horario de la audiencia.

VI. La fecha efectiva de este Acuerdo es la fecha de transferencia de la tutela. Fecha prevista de transferencia de la tutela:

VII. En el caso de muerte, discapacidad severa o enfermedad grave del cuidador que está recibiendo un subsidio de tutela, el comisionado puede transferir dicho subsidio de tutela a un tutor testamentario que cumpla los requisitos de seguridad del cuidado de acogida del Departamento. Debe ejecutarse un nuevo acuerdo entre el DCF y el tutor testamentario. Por el presente, designo/designamos a la(s) siguiente(s) persona(s) para que sea(n) el/los tutor(es) testamentario(s) del menor (o menores).

Tutor testamentario n.º 1		Tutor testamentario n.º 2	
APELLIDO:	NOMBRE:	APELLIDO:	NOMBRE:
Dirección: (N.º y calle):		Ciudad:	Estado: Código postal:
Correo electrónico:	N.º de teléfono:	Correo electrónico:	N.º de teléfono:

Comentarios/Notas/Información adicional (de ser necesario)

Firmas

Firma del cuidador n.º 1	Fecha:
Firma del cuidador n.º 2	Fecha:
Firma del Supervisor del programa del DCF (o designado)	Fecha: