

Departamento de Servicios para Niños y Familias  
del Estado de Illinois

## APLICACIÓN PARA TUTELA LEGAL SUBVENCIONADA

(LA SECCIÓN I SERÁ COMPLETADA POR EL TRABAJADOR)

**Si no desea solicitar tutela legal subvencionada, complete las secciones I, II y III.**

**Si desea solicitar tutela legal subvencionada, complete las secciones I, II y IV.**

### I. INFORMACIÓN SOBRE EL TUTOR Y EL NIÑO

\_\_\_\_\_  
Tutor

( ) - \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
Tutor

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

### II INFORMACIÓN RESPECTO A LA TUTELA LEGAL SUBVENCIONADA

Enseguida se encuentra la información respecto a la disponibilidad de tutela legal subvencionada para el niño cuya tutela legal está planeando asumir. Por favor indique el tipo de tutela legal subvencionada para el que desea aplicar.

#### 1. Gastos no recurrentes para tutela legal subvencionada

Éste es un pago único por costos varios razonables y necesarios y tasas legales relacionadas con la revisión del subsidio, que se relacionan directamente con la transferencia de tutela legal de un niño, sujeto a un máximo establecido por el Departamento de \$2,000 por niño.

Yo solicito esta asistencia.       Yo **no** solicito esta asistencia.

#### 2. Pago mensual en efectivo

El monto del pago mensual en efectivo se determina de acuerdo con las Reglas y Procedimientos 302.410 del DCFS y no excederá el monto que el niño recibe actualmente en la casa de acogida con licencia.

Yo solicito esta asistencia.       Yo **no** solicito esta asistencia.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

3. Una tarjeta Medicaid

Una tarjeta Medicaid será emitida para el niño una vez transferida la tutela legal . Esta tarjeta deberá ser usada para todos los servicios Medicaid elegibles obtenidos por medio de proveedores registrados de Medicaid que no son pagaderos por medio de un seguro de salud o por medio de otros recursos públicos. Si no hay un proveedor registrado de Medicaid en 25 millas desde la casa del niño, los servicios pueden ser obtenidos por medio de un proveedor que no participe en el programa Medicaid de Illinois. Si los tutores, quienes residen en Illinois, se mudan a otro estado en el futuro, el niño puede no ser elegible para una tarjeta Medicaid en ese estado. Illinois reembolsará a los tutores a las tasas reembolsables de Medicaid de Illinois por servicios elegibles. En el caso de que un proveedor médico fuera del estado participe en el programa Medicaid de Illinois, el proveedor facturará al programa Medicaid de Illinois por los gastos médicos.

Yo solicito esta asistencia.       Yo **no** solicito esta asistencia.

4. Pago de otros servicios aprobados

a) **Necesidades no pagaderas por medio de otras fuentes**

Éste es un pago por necesidades de salud mental, emocional o médicas permitidas, no pagaderas por medio de seguro o recursos públicos que se asocian con una condición preexistente documentada en el CFS 1800-C-G, Acuerdo de Tutela Legal Subvencionada, previo a la transferencia de la tutela legal. El pago no puede ser realizado hasta que el Departamento haya sido notificado por escrito que dichos servicios comenzarán, haya aprobado la solicitud de dichos servicios y se haya realizado un contrato (cuando corresponda) con el proveedor identificado. El reembolso del Departamento estará limitado a lo que es usual, habitual y razonable en la comunidad, según lo determine el Departamento.

**Servicios actuales no pagaderos por medio de otras fuentes:**

El niño se encuentra recibiendo los siguientes servicios que serán continuados una vez transferida la tutela legal . Incluya solamente aquellos servicios que no son pagados por medio de otras fuentes y que son permitidos según la Regla 302.410, Programa de Tutela legal subvencionada (KinGap) (Agregue páginas adicionales de ser necesario);

<u>Servicio</u>	<u>Proveedor actual</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo solicito esta asistencia.       Yo **no** solicito esta asistencia.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**b) Cuidado diurno terapéutico**

El cuidado diurno terapéutico se ofrece a los niños que no pueden ser atendidos en los servicios de guardería tradicionales u otros programas de la infancia a causa de su incapacidad para participar en estos programas y por la intensidad de los servicios que necesitan como consecuencia de sus discapacidades físicas, mentales o emocionales.

El pago se efectuará por cuidado diurno terapéutico sólo a aquellos niños que está determinado tienen una discapacidad que requiere servicios de educación especial a través de un actual, Plan de Educación Individual (IEP), un Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP) o un Plan de Necesidades Educativas Especiales 504, actualizado al menos una vez al año, cuando dicho cuidado diurno no se puede pagar a través de otra fuente. Para que el pago sea realizado, el trabajador debe obtener una copia del IEP, IFSP o Plan de Necesidades Educativas Especiales 504 actual.

- i. Se puede realizar el pago por cuidado diurno terapéutico que proporcione intervención terapéutica y no sólo los servicios de cuidado regulares. El servicio de cuidado diurno debe incluir el tratamiento de una discapacidad o una enfermedad como una parte integral de la programación (es decir, del habla, terapia física u ocupacional, modificación del comportamiento, psicológica o servicios psiquiátricos).
- ii. La aprobación del pago de servicios de cuidado diurno terapéutico requiere documentación de la incapacidad médica específica, mental o emocional del niño, como se indica en el plan IEP o Plan 504 y la capacitación especial, la concesión de licencias o credenciales del individuo que proporciona el cuidado terapéutico.
- iii. El pago por cuidado diurno terapéutico no puede ser realizado hasta que el Departamento haya sido notificado que dichos servicios comenzarán, haya aprobado la solicitud de dichos servicios y se haya realizado un contrato con el proveedor identificado (cuando corresponda).
- iv. El reembolso del Departamento estará limitado a lo que es usual, habitual y razonable en la comunidad, según lo determine el Departamento.

Yo solicito esta asistencia.       Yo **no** solicito esta asistencia.

**c) Cuidado diurno para niños menores de 6 años relacionado con el empleo**

Los tutores que reciban asistencia para un niño menor de 6 años son elegibles para el pago de servicios de cuidado diurno para ese niño, si el cuidado diurno es requerido debido a uno de los siguientes. (Seleccione la casilla correspondiente).

- i.  El empleo del tutor o su participación en un programa de capacitación que llevará al empleo.
- ii.  Un tutor soltero que esté empleado o ambos tutores en una casa de guardería que se encuentren trabajando o en un programa de capacitación.
- iii.  Uno de los tutores trabaja y el otro tutor no puede cuidar del niño por su discapacidad.

Yo solicito esta asistencia.       Yo **no** solicito esta asistencia.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### III. DENEGACIÓN DE LA ASISTENCIA

El programa de tutela legal subvencionada se me/nos ha explicado y yo/nosotros entendemos que hay beneficios disponibles para los niños elegibles. Sin embargo, yo/nosotros no queremos solicitar cualquiera de los componentes de las prestaciones o servicios de tutela subsidiada como se detalla en la Sección II de este documento.

**Yo/Nosotros entendemos que, como consecuencia de esta negativa, no podremos solicitar o recibir cualquiera de los beneficios o servicios disponibles bajo el programa de Tutela legal subvencionada después de la transferencia de la tutela legal .**

\_\_\_\_\_  
Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

### IV. CONFIRMACIÓN

Yo/Nosotros, los abajo firmantes, por medio de la presente aplicamos a la tutela subsidiada del Departamento de Servicios para Niños y Familias del Estado de Illinois (DCFS).

- Yo/Nosotros entendemos que los pagos de la tutela legal relacionados con la salud subsidiada no se puede hacer si mi/nuestra cobertura de seguro de salud o los recursos de la comunidad, incluyendo DPA Medicaid, puede cumplir adecuadamente con las necesidades relacionadas con la salud del niño.
- Yo/Nosotros entendemos que el Departamento no puede pagar los deducibles de seguro de salud o hacer copagos por servicios médicos, ni complementar pagos relacionados con la salud realizados por el seguro médico o DPA Medicaid.

Información que será provista por los tutores:

Seleccione la casilla si el niño será asegurado por el proveedor de seguro de salud de la familia.

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

- Yo/Nosotros entendemos que después de la transferencia de la tutela legal del niño, debo/debemos solicitar dichos beneficios financieros a los que el niño pueda tener derecho (como el Ingreso Suplementario de Seguridad o Beneficios para Veteranos).

El niño es actualmente elegible para:

<u>Beneficio</u>	<u>Monto</u>	<u>Verificado por:</u>	<u>Fecha</u>
<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro social	_____	_____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos	_____	_____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	_____	_____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> MANG (No elegible para IV-E)	_____	_____	____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> AFDC-FC (Elegible para IV-E) (98-211)	_____	_____	____ / ____ / ____

Cualquier beneficio que el niño reciba actualmente se puede ver afectado por medio del programa de Tutela legal subvencionada.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

4. Yo/Nosotros somos incapaces de asumir la tutela del niño sin asistencia.
5. Yo/Nosotros entendemos que la siguiente información es necesaria para el Departamento para cumplir con las exigencias de información de la Adopción y Análisis Familiar de Acogimiento y Presentación de Informes (AFCARS) según lo indica la Sección 479 y 1123A de la Ley del Seguro Social.

**Tutor #1 Información**

**Tutor #2 Información**

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seleccione todos los que apliquen.

Seleccione todos los que apliquen.

- RAZA:  Negro o Afro americano  
 Blanco.  
 Indio americano/Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Asiático nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  
 No determinado

- RAZA:  Negro o Afro americano  
 Blanco.  
 Indio americano/Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Asiático nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  
 No determinado

De origen hispano (S/N): \_\_\_\_\_

De origen hispano (S/N): \_\_\_\_\_

- ESTADO CIVIL:  Casado  
 Madre soltera

- Unión Civil  
 Padre soltero

6. Yo/Nosotros comprendemos que Yo/Nosotros podemos apelar la determinación del DCFS con respecto a esta solicitud según el 89 Ill. Adm. Parte 337 del Código, Proceso de Apelación de Servicios.

Los tutores pueden apelar la decisión del Departamento con respecto al pago por tutela según el 89 Ill. Adm. Parte 337 del Código, Proceso de Apelación de Servicios.

Decisiones o acciones tomadas por el Departamento se apelan una vez que el tutor ha recibido la notificación de la decisión o la acción. Cualquier notificación escrita del Departamento proporcionará información específica sobre los derechos de apelación de los padres adoptivos, tutores y padres de acogida.

Para apelar una decisión o acción tomada por el Departamento, el tutor debe solicitar por escrito la apelación de servicios a:

Unidad de Audiencias Administrativas  
Departamento de Servicios para Niños y Familias  
406 E. Monroe, Station 15  
Springfield, IL 62701  
217-782-6655

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

7. Yo/Nosotros hemos leído y entendemos la solicitud.

\_\_\_\_\_  
Tutor

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
SS#

\_\_\_\_\_  
Tutor

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
SS#

\_\_\_\_\_  
Fecha