

ACUERDO DE ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN

El siguiente acuerdo ha sido suscrito por y entre el Departamento de Servicios para Niños y Familias, de ahora en adelante llamado "el Departamento", y _____

Nombre de los padres adoptivos

Dirección de casa

Dirección postal (si es diferente)

De ahora en adelante llamados los "padres adoptivos" con el propósito de facilitar la adopción legal de

Nombre del niño (Previo a la adopción)

Nombre del niño (Nombre adoptivo propuesto)

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

I. BASE LEGAL

La Ley [20 ILCS 505/5 (j)] de Servicios para Niños y Familias proporciona la autoridad legal para asistencia para la adopción. Las Reglas y Procedimientos del Departamento 302.310, Asistencia para la adopción, promulgada de conformidad con la ley anterior, rige la concesión de la asistencia para la adopción por el Departamento.

II DISPOSICIONES GENERALES

Siguiendo la finalización de la adopción:

- 1) Este acuerdo no puede ser corregido o finalizado excepto por mutuo acuerdo y por escrito.
- 2) Si bien los pagos pueden incrementarse en base a cambios en las necesidades del niño, los pagos no se pueden disminuir en base a cambios en las necesidades del niño. Todas las modificaciones/arreglos a este acuerdo requieren documentación de que la condición mental, emocional o física o factores de riesgo existían previos a la finalización de la adopción.
- 3) Este acuerdo permanecerá a pesar del lugar de residencia del niño y sus padres adoptivos. Sin embargo, si los padres adoptivos, quienes residen en Illinois, se mudan a otro estado en el futuro, el cambio de residencia puede afectar la capacidad del niño de recibir una tarjeta Medicaid en ese estado para ese niño ya que los requisitos de elegibilidad varían de un estado a otro. Cuando una familia se muda del estado o actualmente reside fuera del estado y aquel estado no proporcionará la cobertura de asistencia médica gratuita para el niño, Illinois reembolsará a los padres adoptivos en las tasas de reembolso de Medicaid de Illinois para los 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.

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

- 4) Este acuerdo no puede ser transferido por los padres adoptivos a otra parte. Sin embargo, en el caso de la muerte del padre adoptivo o la terminación de la patria potestad, el niño sigue siendo elegible para recibir asistencia en una posterior adopción. La nueva adopción y acuerdo de subsidio propuestos deberán ser aprobados por el Departamento antes de la orden judicial de adopción.

El potencial padre adoptivo sucesor debe ponerse en contacto con el Personal de Post Adopción del DCFS en su región para solicitar un estudio en el hogar, verificaciones de antecedentes y el desarrollo de un subsidio en una posterior adopción.

- 5) El pago mensual continuo podrá emitirse únicamente a los padres adoptivos identificados como beneficiarios en la Sección V. b) de este acuerdo y esta persona será la autoridad designada a los efectos de la prestación de servicios. En el evento de que haya un cambio en el estatus de la custodia del menor, el Departamento debe ser notificado. Si es necesario un cambio en el beneficiario, se debe enviar notificación al Departamento por escrito adjuntando la documentación legal que respalde. Un padre sin custodia puede solicitar una notificación por escrito de las revisiones o modificaciones posteriores al acuerdo con respecto a su hijo(a).

III. OBLIGACIONES DE LOS PADRES ADOPTIVOS

Las siguientes son obligaciones de los padres adoptivos. El no cumplir con estas obligaciones puede tener como resultado la cancelación de la Tarjeta Medicaid y el subsidio.

- 1) El Departamento está obligado a llevar a cabo revisiones para confirmar que los padres adoptivos siguen siendo legal y financieramente responsables por el niño, en parte, para volver a certificar la elegibilidad del niño para recibir beneficios de Medicaid. Se enviará una notificación por escrito anualmente a los padres adoptivos junto con un formulario que debe ser completado y devuelto al Departamento.
- 2) Los padres adoptivos acuerdan notificar a su trabajador de Subsidio Post Adopción del DCFS, a más tardar a los 30 días de que lo siguiente ocurra:
 - a) Cuando el niño ya no sea responsabilidad legal de los padres adoptivos;
 - b) Cuando los padres adoptivos ya no mantengan financieramente al niño;
 - c) Cuando el niño se gradúe de la preparatoria o equivalente;
 - d) Cuando haya un cambio en la dirección de la residencia o de envío de correspondencia de los padres adoptivos del niño;
 - e) Cuando el niño sea un menor emancipado;
 - f) Cuando el niño se case;
 - g) Cuando el niño se enliste en el ejército;
 - h) Cuando el estatus de la custodia del niño cambie;
 - i) Cuando el niño fallezca;
 - j) Si el niño fue adoptado antes del 1° de julio del 2017, o tenía menos de 16 años cuando la adopción se finalizó el 1° de julio del 2017 o después, el padre adoptivo también debe notificar al Departamento al más tardar 30 días después de que el niño complete su educación secundaria o un programa que conduce a una credencial equivalente;

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

- k) Si el niño fue adoptado después del 1° de julio del 2017 y tenía 16 años o más cuando se finalizó la adopción y el niño cumple los 18 años, también se requiere que el padre adoptivo notifique al Departamento al más tardar 30 días de la participación del niño en cualquiera de lo siguiente:
- i) el niño está completando la educación secundaria o un programa que conduce a una credencial equivalente;
 - ii) el niño está inscrito en una institución que proporciona educación postsecundaria o un programa vocacional;
 - iii) el niño está participando en un programa de capacitación o actividad diseñada para promover o eliminar barreras al empleo;
 - iv) el niño está empleado al menos 80 horas por mes; o
 - v) el niño es incapaz de hacer cualquiera de lo anterior debido a una condición médica.

IV. OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO

El Departamento acuerda pagar por servicios resultantes de condiciones médicas, emocionales o mentales pre-existentes que se encuentren documentadas en el CFS 1800 C-A a una tasa que es habitual y usual en la comunidad de los padres adoptivos, si no es cubierto por la tarjeta Medicaid u otro recurso público.

El niño puede requerir servicios que actualmente no se le estén proporcionando por necesidades médicas, emocionales o mentales pre-existentes o factores de riesgo. Dichas condiciones pre-existentes deben ser descritas en el CFS 1800–C–A para ser elegible para la asistencia por medio del Programa de Asistencia para la adopción en una fecha futura. No se puede otorgar asistencia por servicios para condiciones pre-existentes si estas condiciones no se encuentran listadas en el CFS 1800–C–A.

Historial y documentación:

En esta sección, es preciso proporcionar documentación respecto a por qué el niño y todos los otros hermanos, si se sabe, llegaron a cuidado, así como todos los historiales conocidos de la salud mental, médica, y de abuso de sustancias de los padres biológicos y familiares cercanos. Incluya páginas adicionales si es necesario

Se debe entregar documentación de las condiciones de salud mental, emocional o médica únicas y de rutina. Se debe incluir el **Pasaporte de Salud SACWIS del niño en los registros** relacionados con el historial de condiciones médicas, emocionales o de salud mental del niño. Los registros son considerados parte del acuerdo. Todas las condiciones preexistentes del niño deben ser identificadas, incluyendo los servicios de salud médica, mental y emocional que el niño está recibiendo y continuará recibiendo. Especifique frecuencia, duración y la fecha de inicio y fecha anticipada de finalización. Si no hay información que proporcionar, diga la razón.

Responda con detalles específicos a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Por qué el caso del niño está en el sistema?

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

2) ¿Este niño tiene hermanos? Proporcione la siguiente información con respecto a la existencia de cualquier otro niño que se sepa nació de cualquiera de los padres biológicos, listando todos los hermanos o medios hermanos conocidos a continuación:

1) Género	Fecha de nacimiento	Hermanos por la madre	Hermanos por el padre	Hermanos completos	Hermanos en CWS
Razones en CWS y resultado:					
2) Género	Fecha de nacimiento	Hermanos por la madre	Hermanos por el padre	Hermanos completos	Hermanos en CWS
Razones en CWS y resultado:					
3) Género	Fecha de nacimiento	Hermanos por la madre	Hermanos por el padre	Hermanos completos	Hermanos en CWS
Razones en CWS y resultado:					
4) Género	Fecha de nacimiento	Hermanos por la madre	Hermanos por el padre	Hermanos completos	Hermanos en CWS
Razones en CWS y resultado:					
5) Género	Fecha de nacimiento	Hermanos por la madre	Hermanos por el padre	Hermanos completos	Hermanos en CWS
Razones en CWS y resultado:					
6) Género	Fecha de nacimiento	Hermanos por la madre	Hermanos por el padre	Hermanos completos	Hermanos en CWS
Razones en CWS y resultado:					
7) Género	Fecha de nacimiento	Hermanos por la madre	Hermanos por el padre	Hermanos completos	Hermanos en CWS
Razones en CWS y resultado:					

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

3) Identifique las razones específicas por las que el niño no puede regresar con su familia biológica (incluya problemas y servicios no completados):

4) Proporcione las fechas de todas las colocaciones, si el proveedor era un cuidador familiar o cuidador no familiar, colocaciones residenciales etc. y las razones de los cambios. (Liste en orden cronológico y de razón específica para el cambio como se especifica en las notas del caso):

Fecha de colocación	Tipo de colocación	Razones del cambio

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

- 6) Proporcione historial de abuso de sustancias del niño y su familia inmediata, incluyendo padres biológicos, hermanos y abuelos. **No** incluya información identificadora

- 7) Proporcione todo el historial genético, el historial médico y de salud mental o las condiciones actuales de la familia inmediata del niño, incluyendo los padres biológicos, hermanos y abuelos. **No** incluya información identificadora.

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

- 8) Proporcione información sobre cualquier trauma al que puede haber estado expuesto este niño, es decir, violencia doméstica, abuso físico, abuso sexual, actividad con drogas, el uso de armas, etc. Incluya información acerca de si este niño era una víctima conocida, testigo o autor de cualquier forma de abuso:

- 9) Proporcione información con respecto a cualquier experiencia de negligencia o dependencia en que el niño haya sido la víctima:

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

10) Describa asuntos o situaciones de separación y pérdidas identificadas en la vida de este niño:

11) Describa cualquier problema de conducta conocido que este niño haya demostrado en el pasado o el presente por su comportamiento y cuándo ocurrió:

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

Otras Evaluaciones Educativas/del Aprendizaje o Información:

- 13) Proporcione una lista de todos los problemas médicos pre-existentes ya sean, emocionales y mentales o factores de riesgo que NO han sido mencionados anteriormente para las que en el futuro puedan surgir necesidades del servicio:

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

V. SERVICIOS PROPORCIONADOS BAJO EL ACUERDO DE ASISTENCIA

El Departamento deberá proporcionar asistencia por los servicios aprobados como se listan enseguida una vez finalizada la adopción. **Todos los servicios proporcionados, incluyendo aquellos por medio del IDCFS y el programa Medicaid de Illinois, son sujeto a revisiones y autorizaciones periódicas durante este acuerdo.**

a) Gastos de asistencia no recurrentes para la adopción

Pago único por los gastos incurridos durante y en relación con el proceso de adopción. Los gastos elegibles incluyen, pero no se limitan a, las tarifas de adopción razonables y necesarias, costos judiciales, honorarios de abogados, honorarios de tutores ad litem, gastos de viaje relacionados con las visitas de pre-colocación, exámenes médicos y psicológicos y otros costos asociados con la adopción legal de un niño con necesidades especiales sometido a un máximo establecido por el Departamento de \$ 1,500 por niño adoptado. Para honorarios de los abogados que no puedan ser determinados en el momento de la firma de este documento, indique el nombre del abogado y especifique la cantidad que su tarifa no puede exceder según lo determinado por la cantidad total de los otros costos no recurrentes figuran en esta lista. **TODOS LOS COSTOS NO RECURRENTE INCLUYENDO HONORARIOS DE ABOGADOS NO DEBEN EXCEDER LOS \$1,500**

_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

Los gastos no recurrentes son aprobados por reembolso por medio de este acuerdo:

Sí No

b) Pago mensual en efectivo

El pago mensual en efectivo no podrá exceder la cantidad que el niño recibe en la casa de la familia de acogida actual a menos que el niño está en una colocación familiar sin licencia. En tal caso, a la finalización de la adopción, los padres adoptivos podrán recibir hasta la tasa correspondiente a hogares con licencia de familia de acogida del DCFS.

Dirija pagos mensuales a, _____ a la tasa de
Nombre del beneficiario
\$ _____ por mes.

El Departamento ha aprobado pagos mensuales en efectivo como parte de este acuerdo:

Sí No

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

c) Tarjeta Medicaid

En ningún caso el Departamento podrá hacer pagos complementarios, pagar por deducibles o copagos por servicios médicos.

- 1) Cuando el niño y la familia viven en Illinois, los beneficios médicos son otorgados bajo el Título XIX de la Ley de Seguro Social (Medicaid). Medicaid paga por servicios elegibles no cubiertos por seguro médico (si el niño ha sido agregado a una póliza de seguro médico). Si no hay un proveedor de servicios que participa en el programa Medicaid de Illinois dentro de 25 millas del hogar del niño, un proveedor no participante puede ser utilizado. Los padres adoptivos deben ser reembolsados por servicios elegibles a la tasa de Medicaid de Illinois.
- 2) Cuando una familia se muda fuera del estado y el nuevo estado no proporciona cobertura de Medicaid, Illinois reembolsará a la familia a la tasa de reembolso de Medicaid de Illinois por los servicios elegibles.
- 3) En el caso de que la familia viva en otro estado y un proveedor médico participe en el programa Medicaid de Illinois, el proveedor facturará al programa Medicaid de Illinois por los gastos médicos.

Una Tarjeta Medicaid es parte de este acuerdo:

Sí

No

d) Necesidades no pagables por medio de otras fuentes

- 1) El pago por servicios médicos, de salud emocional y mental no se pueden hacer hasta que el Departamento haya sido notificado de que tales servicios comenzarán, el Departamento haya aprobado los servicios solicitados y se haya firmado un contrato (si corresponde) con el proveedor identificado.
- 2) El Departamento pagará al proveedor de servicios directamente o reembolsará a la familia por los servicios que no califiquen para Medicaid relacionados con una condición pre-existente, que debe ser aprobada por el Departamento antes de la prestación de servicios y a una tasa negociada y acordada, independientemente del estado en el que vive el niño.
- 3) El Departamento hará pagos directos a la tasa Medicaid a los proveedores no enlistados con Medicaid. Se requiere aprobación previa del Departamento.
- 4) El Departamento también hará pagos directos a la tasa Medicaid al proveedor o reembolsará a la familia cuando los servicios de un proveedor inscrito en Medicaid no están disponibles en un radio de veinticinco millas de la casa de la familia.

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

- 5) Los servicios actuales que continuarán siendo proporcionados una vez finalizada la adopción. Incluya sólo aquellos servicios que no se pagan a través de la tarjeta médica o de otras fuentes y que son permitidos por la regla y el procedimiento de asistencia para la adopción (**No incluya el nombre del proveedor, tasa u horas de servicio que se proporcionarán**):

El Departamento ha aprobado pago o reembolso por los servicios antes mencionados que no son pagaderos a través de otras fuentes para problemas médicos, emocionales o mentales o desórdenes como parte de este acuerdo:

Sí

No

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

e) 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. Los distritos escolares locales son responsables de desarrollar el Plan de Educación Individual o Plan Individual de Servicios para los estudiantes que requieren servicios de educación especial.

- 1) Se puede realizar un pago por la atención especializada que proporciona intervención terapéutica y no sólo los servicios de guardería 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, terapia del habla, física u ocupacional, modificación del comportamiento, psicológica o servicios psiquiátricos).
- 2) La aprobación del pago de servicios de cuidado diurno terapéutico como se indica en el plan IEP o Plan 504 de la incapacidad médica específica, mental o emocional del niño y la capacitación especial, la concesión de licencias o credenciales del individuo que proporciona el cuidado terapéutico.
- 3) 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).
- 4) El reembolso del Departamento estará limitado a lo que es usual, habitual y razonable en la comunidad, según lo determine el Departamento.

El Departamento ha aprobado pago o reembolso por cuidado diurno terapéutico como parte de este acuerdo:

Sí No

f) Cuidado diurno relacionado con el empleo

Los padres adoptivos que reciban asistencia para un niño menor de 3 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).

- El empleo del padre adoptivo o su participación en un programa de capacitación que llevará al empleo.
- Un padre adoptivo soltero que esté empleado o en un programa de capacitación que llevará al empleo o ambos padres en un hogar adoptivo que se encuentren trabajando o en un programa de capacitación.
- Uno de los padres adoptivos trabaja y el otro padre adoptivo no puede cuidar del niño por su discapacidad.

El Departamento ha aprobado pago o reembolso por cuidado diurno relacionado con el empleo como parte de este acuerdo:

Sí No

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

VI. SERVICIOS SOCIALES

Los servicios sociales, según lo dispuesto en el Título XX de la Ley del Seguro Social, estarán disponibles de acuerdo con los procedimientos del estado de residencia. Los residentes de Illinois pueden solicitar en la oficina local del Departamento de Servicios Humanos.

VII. REVISIÓN / NOTIFICACIÓN ANUAL

- 1) El Departamento llevará a cabo revisiones anualmente para determinar si el padre adoptivo sigue siendo responsable legal y financieramente del niño.
- 2) Se enviará una notificación por escrito anualmente a los padres adoptivos junto con un formulario que debe ser completado y devuelto al Departamento. Si el padre adoptivo no participa en el proceso de revisión puede resultar en la terminación de la tarjeta de Medicaid y la subvención.

VIII. TERMINACIÓN

La asistencia para la adopción debe terminar cuando el Departamento ha determinado que uno de los siguientes ha ocurrido:

- 1) Cuando los términos del acuerdo de asistencia para la adopción se cumplan.
- 2) El padre adoptivo ha solicitado que el pago se suspenda en forma permanente.
- 3) El padre adoptivo ya no es ni legal ni financieramente responsable del niño.
- 4) El niño se convierte en un menor emancipado;
- 5) El niño se case.
- 6) El niño se enliste en el ejército;
- 7) Si la adopción se finalizó antes del 1 de julio de 2017, o si el niño tenía menos de 16 años cuando la adopción se finalizó el 1 de julio de 2017 o después, la asistencia terminará cuando:
 - A) El niño alcanza la edad de 18 años;
 - B) El niño de 18 años se gradúa de la preparatoria (secundaria) o equivalente o alcanza la edad de los 19 años, lo que ocurra primero; o
 - C) El niño que tiene una discapacidad física, mental o emocional asociada con una condición o un factor de riesgo que existía antes de la finalización de la adopción y que se documentó antes del cumpleaños número 18 del joven, cumple 21 años.
- 8) Para el niño que tenían 16 años o más cuando la adopción finalizó el 1 de julio de 2017 o después, la asistencia para adopción termina a los 21 años. Entre las edades de 18 y 21, los pagos de asistencia para adopción pueden detenerse y comenzar basados en el cumplimiento del niño y la confirmación del padre adoptivo de los requisitos enumerados a continuación (el incumplimiento por parte del padre adoptivo de la confirmación anual por escrito causará la suspensión del pago del subsidio):
 - A) El niño está completando la educación secundaria o un programa que conduce a una credencial equivalente;
 - B) El niño está inscrito en una institución que proporciona educación postsecundaria o un programa vocacional;
 - C) El niño está participando en un programa o actividad diseñada para promover o eliminar barreras al empleo;

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

- D) El niño está empleado al menos 80 horas por mes; o
- E) El niño es incapaz de hacer cualquiera de los anteriores debido a una condición médica.

Si el niño cumple con uno de los requisitos enumerados anteriormente (A-E), el pago puede reiniciarse después de la notificación al Departamento.

- 9) Los padres adoptivos fallezcan.
- 10) Los derechos de los padres adoptivos son finalizados.
- 11) El niño fallezca.

IX. APELACIÓN

Los padres adoptivos pueden apelar la decisión del Departamento de cambiar o finalización la asistencia según el 89 Ill. Adm. Parte 337 del Código, Proceso de Apelación de Servicios. Las decisiones que pueden ser apeladas incluyen pagos por servicios para el niño para quien usted es el tutor o la denegación de una solicitud de aumento de la asistencia para proporcionar al niño servicios adicionales.

Decisiones o acciones tomadas por el Departamento se apelan una vez que el padre adoptivo haya 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, se debe solicitar por escrito la apelación de servicios a:

Unidad de Audiencias Administrativas
del Estado de Illinois
Departamento de Servicios para Niños y Familias
406 E. Monroe, Station 15
Springfield, IL 62701
217.782-6655

X MODIFICACIONES

Tras la notificación por el padre adoptivo de un cambio en las necesidades del niño como se establece en la Sección IV, Obligaciones del Departamento, las modificaciones al Acuerdo se podrán realizar en un momento diferente a la revisión.

Después de la finalización de la adopción, el acuerdo podrá ser modificado o anulado, con el mutuo acuerdo de su padre adoptivo. Las modificaciones al acuerdo deberán completarse en un 1800-F CFS, Modificación del Acuerdo de Asistencia, y sólo puede ser completado por personal de la Unidad de Subsidios. Una modificación para aumentar el pago mensual permanente sólo podrá hacerse cuando haya sido autorizado por el Comité de Revisión de Servicios (PAGSRC) Post Adopción / Guardia y Custodia.

Si se hace necesario cambiar una subvención que ha sido firmado por todas las partes antes de su finalización, un nuevo acuerdo debe ser completado, aprobado y firmado.

Nombre del niño: _____
(Nombre previo a la adopción)

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

XI. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

Este acuerdo es efectivo a partir de la fecha de la finalización de la adopción de este niño.

El padre adoptivo admite recibo de una copia de este acuerdo en el momento de la firma de este acuerdo.

FIRMAS:

Padre adoptivo

Fecha

Padre adoptivo

Fecha

La información contenida en este acuerdo está completa al mejor de mis conocimientos.

Firma del Coordinador/Supervisor de adopciones del DCFS

Fecha

Nombre del Coordinador/Supervisor de adopciones del DCFS

La información contenida en este acuerdo está completa al mejor de mis conocimientos.

Firma del supervisor DCFS o POS

Fecha

Nombre del supervisor DCFS o POS

Oficina DCFS:

Trabajador que prepara el formulario:

Nombre de la oficina

Nombre

Fecha

Dirección

Agencia

Ciudad

Estado

Código postal

Supervisor del trabajador