

### MODIFICACIÓN DEL ACUERDO DE SUBSIDIO

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ N° de ID del niño: \_\_\_\_\_

El acuerdo previamente ejecutado por y entre el Departamento de Servicios para Niños y Familias y el o los padres adoptivos/tutores legales \_\_\_\_\_ el

(nombre del o de los padres/tutores legales)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ respecto a \_\_\_\_\_ cuya adopción o  
(fecha de la firma original del acuerdo) (nombre del niño)

transferencia de tutela legal tuvo lugar el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, se modifica de la siguiente manera:  
(fecha)

Servicios terapéuticos o Tratamiento El pago directo al proveedor de servicios o el reembolso a los padres adoptivos/tutores por servicios relacionados a la o las condiciones preexistentes del niño mencionado anteriormente que no estén de otro modo cubiertas por un seguro de salud, por Medicaid ni por servicios comunitarios disponibles, respecto a la o las siguientes condiciones físicas, mentales o emocionales:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pago mensual permanente Pagos directos al o a los padres adoptivos/tutores a la tarifa de \$ \_\_\_\_\_ por mes. (Sólo con la autorización del Comité de Revisión de Servicios de Post Adopción/Tutela legal)

Tutor Sucesor El tutor(es) designa(n) a la persona(s) siguiente(s) como tutor(es) sucesor(es) bajo este acuerdo. El tutor(es) sucesor(es) han acordado por escrito en asumir el cuidado y la custodia del niño en caso de fallecimiento o incapacidad del tutor actual:

Nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N° Telefónico: \_\_\_\_\_

Esta modificación estará vigente a partir del \_\_\_\_\_, y sólo altera las condiciones del acuerdo existente entre el Departamento y el o los padres adoptivos/tutores hasta el punto en que esta modificación contradiga directamente dichas condiciones.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Padre o madre adoptivo/Tutor legal Fecha

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Padre o madre adoptivo/Tutor legal Fecha

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Supervisor/Coordinador de adopción de DCFS Fecha

\_\_\_\_\_  
Oficina regional Dirección

DISTRIBUCIÓN: Original – Expediente del caso  
Copia - Familia