

Departamento de Servicios para Niños y Familias
del Estado de Illinois

**Entendimiento de Futura Elegibilidad
para el Programa Intensificado de Tutela y Servicios de Adopción Subsidiado**

Yo, _____, el(la) tutor legal/padre/madre adoptivo(a) propuesto(a),
entiendo que, _____, quien tiene _____ años de edad, por el
(Nombre del niño)

cual yo seré responsable legalmente, califica para el Programa Intensificado de Tutela y Servicios de
Adopción Subsidiado. Esto significa que, cuando _____
(Nombre del niño)

cumpla la edad aprobada para el programa, el(ella) calificará para el grupo de servicios intensificados,
el cual incluye Jóvenes en la Universidad/Capacitación Vocacional, Programa de Incentivo de Empleo,
Asistencia Económica para Vivienda, Capacitación de Habilidades de vida, y Vales para Educación y
Capacitación.

Entiendo que _____ deberá cumplir con los requisitos necesarios
(Nombre del niño)

establecidos para cada programa. *Por ejemplo, un adolescente debe tener 17 años de edad para cualificar
para el Programa de Jóvenes en la Universidad.*

Para tener acceso a estos servicios, me pondré en contacto con el Gerente del Servicio de Transición de
la Oficina Regional del DCFS_____. Una vez que yo llame a la Oficina
Regional, recibiré por correo un paquete de referencia relacionadas a estos programas que me
proporcionarán información en como acceder a los servicios.

También entiendo que mi hijo(a) permanecerá elegible en el futuro para programas similares que
DCFS pueda tener en caso de que cualquiera de los programas de DCFS mencionados arriba sean
modificados entre ahora y el tiempo en que mi hijo(a) alcance la edad requerida para calificar al
programa.

Tutor legal/Padre/Madre Adoptivo(a) Propuesto(a) Fecha

Trabajador(a) del Caso Fecha

Coordinador de Adopción del DCFS/Equipo de Adopción POS Fecha