

Departamento de Servicios para Niños y Familias
del Estado de Illinois

ACUERDO DE TUTELA LEGAL SUBVENCIONADA PROVISIONAL

El siguiente acuerdo de tutela subvencionada provisional se ha convenido entre el Departamento de Servicios para Niños y Familias, de aquí en adelante denominado “el Departamento”, y _____

Nombre(s) del (de los) tutor(es) legal(es)

Dirección particular

Dirección postal (si difiere de la que se detalla arriba)

de aquí en adelante denominado(s) “el (los) tutor(es) legal(es)” a fin de facilitar la transferencia de tutela legal de

Nombre del niño

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

El niño califica para IV-E Sí No

Si califica, escriba el número de calificación: _____

I. BASE LEGAL

Una renuncia del Título IV-E otorga la autoridad para tutela subvencionada. Norma y Procedimiento 302.405, Tutela subvencionada, del Departamento, rigen la provisión de tutela subvencionada por parte del Departamento.

II. PROVISIONES DEL ACUERDO DE TUTELA LEGAL SUBVENCIONADA PROVISIONAL

El previo acuerdo de tutela legal subvencionada concerniente a _____, menores de quienes la tutela legal fuera previamente transferida a:

Nombre: _____

se incorpora por referencia en este Acuerdo Provisional, Estamos de acuerdo en aceptar todas las provisiones de ese acuerdo hasta que un nuevo acuerdo sea elaborado y firmado por nosotros y los representantes apropiados del DCFS.

III. OBLIGACIONES DEL (DE LOS) TUTOR(ES)

Las siguientes son las obligaciones del (de los) tutor(es). El no cumplimiento con estas obligaciones puede tener como resultado la suspensión o terminación de la tarjeta Medicaid y la subvención.

1. Es necesario que el Departamento lleve a cabo revisiones para confirmar que el (los) tutor(es) permanezcan jurídica y económicamente responsables del niño, en parte, para volver a certificar la elegibilidad del niño para recibir beneficios Medicaid. Se enviará una notificación por escrito al (a los) tutor(es) en forma anual, junto con un formulario que deberá(n) completar y devolver al Departamento.

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

2. El (los) tutor(es) aceptan notificar a su trabajador de Subvención post adopción de DCFS a más tardar 30 días después de que ocurra lo siguiente:
- a) que el niño ya no esté bajo la responsabilidad legal del (de los) tutor(es);
 - b) que el (los) tutor(es) ya no mantengan económicamente al niño;
 - c) que el niño se gradúe de la escuela secundaria o su equivalente;
 - d) que cambie la dirección particular o la dirección postal del (de los) tutor(es) o del niño;
 - e) que la tutela se anule;
 - f) que el niño se convierta en un menor emancipado;
 - g) que el niño se case;
 - h) que el niño se aliste en el servicio militar;
 - i) que la incapacidad mental o física del (de los) tutor(es) legal(es) impida el cumplimiento de las responsabilidades necesarias para proteger y cuidar al niño;
 - j) que cambie el estado de la custodia del niño;
 - k) que el niño muera.

IV. OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO

El Departamento acepta pagar los servicios resultantes de toda condición incapacitante preexistente, ya sea psicológica, médica, emocional o física, a la tarifa acostumbrada y habitual de la comunidad del tutor legal, si no estuvieran cubiertos por la tarjeta Medicaid u otros recursos públicos.

Puede que este niño requiera servicios que actualmente no se están proporcionando por necesidades preexistentes de salud física, emocional o mental. Dichas condiciones preexistentes deben ser descritas en el CFS 1800–C–G a fin de calificar para asistencia a través del programa de Asistencia de adopción o tutela legal subvencionada en una fecha futura. No puede otorgarse asistencia para servicios para condiciones preexistentes si la o las condiciones no están enumeradas en el CFS 1800–C–G.

En esta sección, es preciso proporcionar documentación sobre el motivo, si se conociera, por el cual el niño y todos sus hermanos ingresaron en cuidados, al igual que todos los antecedentes de salud mental, médicos y de abuso de sustancias conocidos de los padres biológicos (incluya páginas adicionales según sea necesario).

Es preciso proporcionar documentación respecto a las condiciones físicas, mentales o emocionales excepcionales del niño. Los registros adjuntos relacionados con la historia, la condición médica, física o mental del niño son considerados parte de este acuerdo. Todas las condiciones preexistentes del niño deben ser identificadas, incluyendo qué servicios físicos, emocionales y mentales está y continuará recibiendo el niño, y especificar la frecuencia y duración, la fecha de inicio y la fecha anticipada de finalización. Si no hubiera información para proporcionar, establezca la razón.

Específicamente, complete lo siguiente:

- 1) Por qué el caso del niño ingresó en el sistema;

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

- 2) Por qué los hermanos del niño ingresaron en el sistema, si se sabe;

- 3) Información respecto a la existencia de otros niños nacidos de los mismos padres biológicos, incluyendo fechas de nacimiento y sexo:

- 4) El o los motivos por los cuales el niño no pudo regresar con su familia biológica;

- 5) La relación actual del niño con su familia biológica:

- 6) Fechas de todas las colocaciones, ya sea que el cuidador era familiar o no, colocaciones residenciales y motivos de las mudanzas;

- 7) Historial de tratamientos de salud mental del niño, si se conocen. Adjuntar copias de diagnósticos, incluyendo informes de evaluaciones.

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

- 8) Historia de abuso de sustancias de la familia cercana, incluyendo padres biológicos, hermanos y abuelos. No incluya información de identificación.

- 9) Incapacidades físicas, lesiones previas, condiciones médicas diagnosticadas, incluyendo fechas de diagnósticos y hospitalizaciones, historia de medicamentos tomados, antecedentes genéticos. Adjunte documentación de respaldo de los diagnósticos.

- 10) Nombres de todos los proveedores de servicios /de atención a la salud, anteriores y actuales, especificando qué servicios se proporcionaron y las fechas de los mismos;

- 11) Problemas de conducta, anteriores y actuales;

- 12) Experiencias de abuso sexual de las cuales el niño haya sido víctima, si se conocen;

- 13) Incidentes de abuso sexual en los cuales el niño haya sido la víctima o el perpetrador, si se conocen;

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

- 14) Experiencias de negligencia de las cuales el niño haya sido víctima, si se conocen;

- 15) Educación: nombres de las escuelas a las que asistió, fechas de Planes de educación individuales (IEP) y/o Planes de servicios familiares individuales (IFSP) o Plan educativo de necesidades especiales 504 (adjunte los IEP, los IFSP o el Plan educativo de necesidades especiales 504 si correspondiera);

- 16) Evaluaciones y/o diagnósticos de cualquier trastorno del aprendizaje;

- 17) Servicios especiales proporcionados en la escuela, ahora o en el pasado;

- 18) Problemas de separaciones y pérdidas;

- 19) Otras condiciones de salud y de salud mental preexistentes de la familia cercana, incluyendo padres, hermanos y abuelos. No incluya información de identificación;

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

20) Información adicional, no identificante, respecto al niño o a su familia cercana. No incluya información de identificación;

21) Haga una lista de todas las terapias, orientaciones u otros servicios que el niño esté recibiendo actualmente, incluyendo el nombre del proveedor, el tipo de servicio y la frecuencia del tratamiento.

22) Haga una lista de todos los documentos que se han adjuntado a este acuerdo, incluyendo el nombre del proveedor de servicios o del tratamiento, fecha del informe o del servicio, y el tipo de servicio.

V. SERVICIOS PROPORCIONADOS EN VIRTUD DEL ACUERDO DE ASISTENCIA

El Departamento proporcionará asistencia para los servicios aprobados según se lista a continuación, una vez transferida la tutela legal. Los servicios que se estén proporcionando al niño en el momento del acuerdo continuarán, con el mismo proveedor, y serán admisibles siempre que los servicios estén descritos en la sección d) Necesidades no pagaderas a través de otros medios (a continuación).

a) Gastos no recurrentes para tutela legal subvencionada

Este es un pago único por costos varios y honorarios legales razonables y necesarios vinculados con el estudio de la subvención que estén directamente relacionados con la transferencia de la tutela legal de un niño, sujeto al máximo establecido por el Departamento de \$500 por niño.

Especifique otros gastos que no sean honorarios legales.

| | |
|-------|----------|
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ |

Se ha aprobado el reembolso de gastos no recurrentes a través de este acuerdo:

Sí No

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

b) Pago en efectivo mensual

El pago mensual en efectivo no excederá el monto que el niño recibe en el hogar de la actual familia de crianza temporal, salvo que el niño esté colocado donde un familiar no licenciado. En dicho caso, una vez transferida la tutela legal, el o los tutores legales podrán recibir hasta la tasa de DCFS correspondiente a hogares de familias de crianza temporal licenciados.

Dirigir los pagos mensuales a _____ a la tasa de
Nombre del beneficiario

\$ _____ por mes.

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

Sí No

c) Tarjeta Medicaid

Bajo ningún concepto podrá el Departamento hacer pagos complementarios, pagar por deducibles ni hacer copagos por servicios médicos.

- 1) Cuando el niño y la familia viven en Illinois, los beneficios se proporcionan conforme al Título XIX de la Ley de Seguro Social (Medicaid). Medicaid paga los servicios que califican que no estén cubiertos por el seguro médico (si el niño ha sido incluido en una póliza de seguro médico). Si no hubiera un proveedor de servicios que participe en el programa Medicaid de Illinois en 25 millas a la redonda del hogar del niño, se podrá utilizar un proveedor no participante. Se reembolsarán al (a los) tutor(es) los servicios que califiquen.
- 2) Cuando una familia se muda de estado, y el nuevo estado no brinda cobertura de Medicaid, Illinois reembolsará a la familia según las tasas de reembolso para servicios calificados de Medicaid de Illinois.
- 3) En caso de que la familia viva en otro estado y que un proveedor médico externo participe en el programa Medicaid de Illinois, el proveedor facturará los gastos médicos al programa Medicaid de Illinois.

Una tarjeta Medicaid forma parte de este acuerdo:

Sí No

d) Necesidades no pagables a través de otros medios

- 1) El pago de servicios de salud física, emocional y mental no podrá efectuarse hasta que el Departamento haya sido notificado del comienzo de dichos servicios, haya aprobado los servicios solicitados y haya celebrado un contrato con el proveedor identificado (cuando corresponda).
- 2) El Departamento pagará directamente al proveedor de servicios o reembolsará a la familia por servicios que no califiquen para Medicaid relacionados con una condición preexistente, que debe ser aprobada por el Departamento previo al otorgamiento de servicios y a una tasa negociada sin importar el estado en el que viva el niño.
- 3) El Departamento pagará directamente a proveedores no inscritos en Medicaid. Se requiere la aprobación previa del Departamento.
- 4) El Departamento también pagará directamente al proveedor o reembolsará a la familia cuando no estén disponibles los servicios de un proveedor inscrito en Medicaid dentro de un radio de 25 millas del hogar de la familia.

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

5) Servicios Actuales:

El niño está recibiendo actualmente los siguientes servicios que se continuarán una vez finalizada la transferencia de la tutela legal: (Agregue páginas adicionales si fuera necesario)

El Departamento ha aprobado el pago o el reembolso por los servicios anotados arriba no pagables a través de otros medios por problemas o trastornos físicos, mentales o emocionales como parte de este acuerdo:

Sí

No

6) Futuros Servicios:

Especifique cada servicio médico y/o clínico que el niño puede necesitar en el futuro y que está siendo solicitado como parte de este acuerdo. Detalle todos los informes, registros y correspondencia que es conectada al acuerdo de subsidio incluyendo la documentación de un médico profesional con licencia o un practicante de salud mental calificado del diagnóstico del niño y relacionado a las futuras necesidades de servicio.

El Departamento ha aprobado el pago o el reembolso por los servicios anotados arriba y no pagables a través de otros medios por problemas o trastornos físicos, mentales o emocionales como parte de este acuerdo:

Sí

No*

***Marcando "No" al completar este formulario no prohíbe la familia a solicitar servicios después de la finalización de la transferencia de tutela por medio del proceso de enmienda como lo es descrito en Procedimientos 302.405**

e) **Servicios de guardería terapéutica**

Los Servicios de guardería terapéutica se ofrecen a niños que no pueden ser atendidos en entornos de guardería tradicionales ni en otros programas para la infancia debido a su incapacidad de participar en tales programas, y debido a la intensidad de los servicios que requieren como resultado de sus incapacidades físicas, mentales o emocionales.

Se efectuarán pagos por servicios de guardería terapéutica sólo a aquellos niños a quienes se les haya diagnosticado una incapacidad que requiera servicios educativos especiales a través de un Plan de educación individual (IEP) actual, un Plan de servicios familiares individual (IFSP) actual, o un Plan educativo de necesidades especiales 504 actualizado al menos en forma anual, cuando el mencionado servicio de guardería no se puede pagar a través de otro recurso. Los distritos escolares locales son responsables de desarrollar el Plan de educación individual o el Plan de servicios familiares individual para estudiantes que requieran servicios de educación especial.

- 1) Se puede efectuar el pago por cuidados especializados que brinden intervención terapéutica y no sólo servicios de guardería regulares. El servicio de guardería debe incluir tratamiento de la incapacidad o de la enfermedad como parte integral del programa (es decir, foniatría, fisioterapia o terapia ocupacional, modificación de la conducta, servicios psicológicos o psiquiátricos).

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

- 2) La aprobación del pago de servicios de guardería terapéutica requiere documentación de la incapacidad física, mental o emocional específica del niño, y de la capacitación especial, licencia o credenciales del individuo que brinda el servicio de guardería terapéutica.
- 3) El pago de servicios de guardería terapéutica no podrá efectuarse hasta que el Departamento haya sido notificado por escrito de que comenzarán dichos servicios, haya aprobado el servicio solicitado y haya celebrado un contrato con el proveedor identificado (cuando corresponda).
- 4) El reembolso del Departamento estará limitado a lo que es habitual, acostumbrado y razonable en la comunidad, según lo determine el Departamento.

El Departamento ha aprobado el pago o el reembolso por guardería terapéutica como parte de este acuerdo:

Sí No

f) Servicios de guardería relacionados con el empleo

El o los tutores legales que reciben asistencia para un niño menor de tres años de edad califican para el pago de servicios de guardería para ese niño, si dicho servicio se requiere debido a una de las siguientes razones. (Marque la casilla que corresponda a continuación).

- El o los tutores legales están trabajando o participando en un programa de capacitación que los llevará a conseguir trabajo.
- Un tutor legal soltero está trabajando o en un programa de capacitación que lo llevará a conseguir trabajo, o ambos tutores legales en un hogar de tutela están trabajando o en un programa de capacitación que los llevará a conseguir trabajo.
- Uno de los tutores legales trabaja y el otro no es capaz de cuidar al niño debido a una incapacidad.

El Departamento ha aprobado el pago o el reembolso por servicios de guardería relacionados con el empleo como parte de este acuerdo:

Sí No

VI. SERVICIOS SOCIALES

Los servicios sociales, conforme lo previsto en el Título XX de la Ley de Seguridad Social, estarán disponibles de acuerdo con las disposiciones del estado de residencia. Los residentes de Illinois podrán solicitarlos en la oficina local del Departamento de Servicios Humanos.

VII. REVISIÓN/RECERTIFICACIÓN

1. El Departamento llevará a cabo revisiones, a fin de determinar si el o los tutores legales continúan siendo legal y financieramente responsables por el niño. Esta revisión es un paso necesario para recertificar que el niño califica para los beneficios de Medicaid.
2. Se enviará una notificación por escrito al (a los) tutor(es) en forma anual, junto con un formulario que deberá(n) completar y devolver al Departamento. La no participación del (de los) tutor(es) legal(es) en el proceso de revisión puede resultar en una suspensión de pagos o en la anulación de la tarjeta Medicaid y de la subvención.

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

VIII. TERMINACIÓN

El Acuerdo de Tutela legal subvencionada debe terminar cuando el Departamento haya determinado que ha ocurrido una de las siguientes cosas:

1. Cuando se hayan cumplido los términos del acuerdo de tutela legal subvencionada.
2. El o los tutores legales solicitan la suspensión de pagos en forma permanente.
3. El o los tutores legales ya no serán ni legal ni financieramente responsables por el niño.
4. El niño se convierte en un menor emancipado.
5. El niño se casa.
6. El niño se alista en el ejército.
7. A) El niño cumple 18 años y no asiste a la escuela secundaria o su equivalente; o
B) El niño de 18 años se gradúa de la escuela secundaria o su equivalente, o cumple 19 años, lo que sea que suceda primero; o
C) El niño con una incapacidad física, mental o emocional que afecta las actividades principales de su vida, que existían antes de la transferencia de la tutela legal y que estaba documentada en el acuerdo de asistencia, cumple 21 años; o
D) El niño cumple 21 años, de quien antes de la transferencia de la tutela legal se determinó que corría riesgo de desarrollar una incapacidad física, mental o emocional debido a factores ambientales, genéticos o hereditarios, que posteriormente se manifestó. La incapacidad afecta las principales actividades de su vida, y está documentado que se desarrolló antes de los 18 años.
8. El o los tutores legales mueren.
9. Se revocan los derechos del o de los tutores legales.
10. El niño muere.

IX. APELACIÓN

Uno o ambos tutores legales pueden apelar la decisión del Departamento respecto al cambio o a la determinación de la asistencia, conforme a la Parte 337 del 89º Código Administrativo de Illinois, Proceso de apelación de servicios. Las decisiones apelables incluyen pagos por servicios para el niño de quien usted es tutor legal o la denegación de una solicitud de aumento de asistencia para proporcionar al niño servicios adicionales.

Las decisiones o acciones tomadas por el Departamento se apelan una vez que el o los tutores hayan sido notificados de la decisión o acción. Cualquier notificación escrita del Departamento proporcionará información específica respecto a los derechos de apelación de los padres adoptivos, tutores legales y padres de crianza temporal.

Para apelar una decisión o acción tomada por el Departamento debe enviarse una solicitud de apelación de servicios por escrito a:

Unidad de audiencias administrativas (Administrative Hearings Unit)
Department of Children and Family Services
406 E. Monroe, Station 15
Springfield, IL 62701
217.782-6655

Nombre del niño: _____

Nombre del (de los) tutor(es): _____

Fecha: _____

X. ENMIENDAS

Una vez que el o los tutores legales hayan notificado sobre un cambio en sus circunstancias o en las necesidades del niño, conforme lo establecido en la Sección IV, Obligaciones del Departamento, se podrán hacer modificaciones al Acuerdo, en cualquier momento, además de en la revisión.

Luego de la transferencia de la tutela legal, el acuerdo podrá ser modificado o anulado, con el consentimiento mutuo del o de los tutores legales. Las modificaciones al acuerdo deberán completarse en un CFS 1800-F, Modificación del Acuerdo de asistencia, y sólo podrá completarlo el personal de la Unidad de subvenciones. Una modificación para aumentar el pago mensual permanente sólo podrá ser realizada cuando haya sido autorizada por el Comité de Revisión de Servicios Post Adopción/Tutela legal (PAGSRC).

Si fuera necesario cambiar una subvención que ha sido firmada por todas las partes antes de la finalización, deberá completarse, aprobarse y firmarse un nuevo acuerdo.

XI. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

El/los tutores legales reconoce(n) haber recibo una copia de este acuerdo en el momento de la firma del mismo.

FIRMAS:

Tutor

Fecha

Tutor

Fecha

La información contenida en este acuerdo está completa, a nuestro leal saber y entender.

Firma del Supervisor/Coordinador de adopción de DCFS

Fecha

Nombre en letra imprenta del Supervisor/Coordinador de adopción de DCFS

La información contenida en este acuerdo está completa, a mi leal saber y entender.

Firma del Supervisor de DCFS o POS

Nombre del Supervisor de DCFS o POS

Oficina de DCFS:

Trabajador social que prepara el formulario:

Nombre

Nombre Fecha

Domicilio

Agencia

Ciudad Estado Código Postal

Supervisor del trabajador social: