Departamento de Servicios para Niños y Familias
del Estado de Illinois

ACUERDO DE
TUTELA LEGAL SUBVENCIONADA

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 tutores

_____
Dirección de casa

_____
Dirección de correo (si es diferente)

De ahora en adelanta llamados los "tutores" para el propósito de facilitar la transferencia de tutela legal de

_____ _____ / _____ / _____
Nombre del niño Fecha de nacimiento

El menor es elegible IV-E ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso de sí, escriba el número de elegibilidad:_____

I. BASE LEGAL

La Ley 110-351 da cuenta de la autoridad de la tutela legal subvencionada. Las Reglas y Procedimientos del Departamento 302.410, Tutela Legal Subvencionada (KinGap), rigen la entrega de tutela legal subvencionada por el Departamento.

II DISPOSICIONES GENERALES

Posteriormente a la transferencia de la tutela legal:

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 transferencia de la tutela legal.

3. Este acuerdo permanecerá a pesar del lugar de residencia del niño y sus tutores. Sin embargo, si los guardianes, quienes residen en Illinois, se mudan a otro estado en el futuro, el niño puede no recibir una tarjeta Medicaid en ese estado. Illinois reembolsará a los guardianes a las tasas reembolsables de Medicaid de Illinois por servicios elegibles. Si el proveedor médico fuera del estado participa en el programa Medicaid de Illinois, el proveedor facturará al programa Medicaid de Illinois por los gastos médicos.

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

4. Este acuerdo no puede ser transferido por los tutores a otra parte.

5. Un pago mensual continuo podrá emitirse a un solo cuidador con tutela legal identificado como beneficiario en la Sección V b) de este acuerdo y esta persona será la autoridad designada para los efectos de la prestación de servicios. En el evento de que haya un cambio en el estatus de la tutela legal 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.

III. OBLIGACIONES DE LOS TUTORES

Las siguientes son obligaciones de los tutores. El no cumplir con estas obligaciones puede tener como resultado la cancelación de la Tarjeta Medicaid y la subvención.

1. El Departamento está obligado a llevar a cabo revisiones para confirmar que el tutor sigue siendo legal y financieramente responsable 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 tutores junto con un formulario que debe ser completado y devuelto al Departamento.

2. Los tutores acuerdan notificar a su trabajador de Subvención 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 tutores;
   b) Cuando los tutores 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 correspondencia de los tutores del niño;
   e) Cuando la tutela legal haya finalizado;
   f) Cuando el niño sea un menor emancipado;
   g) Cuando el niño se case;
   h) Cuando el niño se enliste en el ejército;
   i) Cuando una incapacidad física o mental de los tutores evite que sean capaces de llevar a cabo sus responsabilidades necesarias de cuidar y proteger al niño;
   j) Cuando el estatus de la tutela legal del niño cambie;
   k) Cuando el niño muera.

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

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 1800 C-G del CFS a una tasa que es habitual y usual en la comunidad de los tutores, 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 1800–C–G del CFS para ser elegible para la asistencia por medio del Programa de Tutela legal subvencionada en una fecha futura. No se puede otorgar asistencia por servicios para condiciones pre-existentes si estas condiciones no se encuentran listadas en el 1800–C–G del CFS.

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 esté 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.

Entregue detalles específicos de las siguientes preguntas:

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

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

2) ¿Este niño tiene hermanos? Entregue 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 del tutor: _____

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 del tutor: _____

Fecha: _____

5) Entregue todo el historial de tratamiento de salud mental y médica importante a la fecha. Incluya toda la medicación prescrita e historial de hospitalizaciones. Enumere todos los proveedores de servicios de salud médica y mental, incluyendo el diagnóstico y las fechas de los diagnósticos, tipo de servicio, la duración del servicio y la frecuencia del tratamiento en orden cronológico:
NO incluya cuidado médico / dental de rutina en esta sección. **El Pasaporte de Salud SACWIS** debe ser incluido en este acuerdo. Adjunte copias de los diagnósticos, evaluaciones y reportes relacionados.

Provider	**Diagnosis**	**Date of Diagnosis**	**Service Type**	**Service Duration**	**Frequency of Medication**

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

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 del tutor: _____

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

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

10) Entregue una descripción de cualquier separación conocida y problemas de pérdidas identificadas en la vida de este niño:

11) Entregue una descripción de cualquier problema de conducta conocido que este niño haya demostrado en el pasado o el presente por su comportamiento y cuando ocurrió:

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

12) Proporcione la siguiente información educativa para este niño: Las escuelas a las que asistió y las fechas que asistió en orden cronológico, las fechas de cualquier IEP, IFSP o planes 504 completos, fechas y descripciones de las evaluaciones realizadas y diagnósticos proporcionados en relación con los trastornos del aprendizaje, y los servicios especiales prestados por cualquiera de los las escuelas a las que asistió:
(ADJUNTE IEP, IFSP O PLANES 504 ACTUALES)

Escolaridad	**Fechas en las que asistió**	**IEP/IFSP/Plan 504**	**Servicios especiales**

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

Otra Evaluaciones Educativas/del Aprendizaje o Información:

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

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

14) Liste todos los documentos que han sido adjuntados a este acuerdo incluyendo el nombre del proveedor, tipo de servicio o reporte y fecha del servicio o reporte: **(EL PASAPORTE DE SALUD SACWIS DEL NIÑO DEBE ESTAR LISTADO EN ESTA SECCIÓN)**

Proveedor	Tipo de Servicio o Reporte	Fecha de Servicio o Reporte

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

V. SERVICIOS PROPORCIONADOS BAJO EL ACUERDO DE ASISTENCIA

El Departamento deberá proporcionar asistencia por los servicios aprobados como se listan enseguida una vez transferida la tutela legal. **Todos los servicios proporcionados, incluyendo aquellos por medio del IDCFS y el programa Medicaid de Illinois, se encuentran sujetos a revisiones periódicas y autorización por medio de la duración de este acuerdo.**

a) Gastos no recurrentes para tutela legal subvencionada

Pago único por los gastos incurridos durante y en relación con el proceso de tutela. Los gastos elegibles incluyen, pero no se limitan a, las tarifas de tutela legal 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 transferencia de tutela legal de un niño con necesidades especiales sometido a un máximo establecido por el Departamento de $ 2,000 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 que figuran en esta lista. **TODOS LOS COSTOS NO RECURRENTES INCLUYENDO HONORARIOS DE ABOGADOS NO DEBEN EXCEDER LOS $2,000**

_____ $ _____
_____ $ _____
_____ $ _____
_____ $ _____
_____ $ _____
_____ $ _____
_____ $ _____
_____ $ _____
_____ $ _____

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

☐ **Sí** ☐ **No**

b) Pago mensual en efectivo

El monto mensual en efectivo no deberá exceder el monto que el niño recibe con la actual familia de acogida.

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 del tutor: _____

Fecha: _____

c) Tarjeta Medicaid

En ningún caso podrá el Departamento 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 el seguro médico (si el niño ha sido agregado a una póliza de seguro médico). Si no hay un proveedor de servicios que participe en el programa Medicaid de Illinois dentro de 25 millas del hogar del niño, un proveedor no participante puede ser utilizado. Los tutores serán 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 pagaderas 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 procede) 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 no hará pagos directos a la tasa Medicaid a proveedores no enlistados con Medicaid. Se requiere la 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 inscripto en Medicaid no están disponibles en un radio de veinticinco millas de la casa de la familia.

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

5) Los servicios actuales que continuarán siendo proporcionados una vez transferida la tutela legal. 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 tutela legal subvencionada **(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 del tutor: _____

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, servicios psicológicos o psiquiátricos).

2) La aprobación del pago de servicios de cuidado diurno terapéutico como se indica en el plan IEP, IFSP 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 tutores legales 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 tutor o su participación en un programa de capacitación que llevará al empleo.

☐ Un tutor soltero que esté empleado o en un programa de capacitación que llevará al empleo o ambos tutores en una casa de guardería y que se encuentren trabajando o en un programa de capacitación.

☐ Uno de los tutores trabaja y el otro padre 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 del tutor: _____

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 / RE-CERTIFICACIÓN

1. El Departamento llevará a cabo exámenes para determinar si el tutor sigue siendo responsable legal y financieramente del niño. Esta revisión es un paso necesario para una re-certificación de elegibilidad del niño para recibir beneficios de Medicaid.

2. Se enviará una notificación por escrito anualmente a los tutores junto con un formulario que debe ser completado y devuelto al Departamento. Si el tutor no participa en el proceso de revisión puede resultar en la terminación de la tarjeta de Medicaid y la subvención.

VIII. TERMINACIÓN

La Tutela legal subvencionada debe terminar cuando el Departamento ha determinado que uno de los siguientes ha ocurrido:

1. Cuando los términos del acuerdo de Tutela legal subvencionada se cumplan.

2. El tutor ha solicitado que el pago se suspenda en forma permanente.

3. El tutor 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. A) El niño alcanza la edad de 18 años y no está en la escuela preparatoria o su equivalente, o

   B) El niño de 18 años se gradúa de la escuela preparatoria o equivalente o llega a los 19 años, lo que ocurra primero, o

   C) El niño que tiene una discapacidad médica, emocional o mental que afecta a sus actividades principales de la vida, y que existían antes de la transferencia de la tutela legal y que estaba documentado en el acuerdo de tutela legal subvencionada, cumple 21 años, o

   D) El niño alcanza la edad de 21 años, quien antes de la transferencia de la tutela legal, se determinó que el riesgo de desarrollar una discapacidad física, mental o emocional debido a factores ambientales, genéticos o hereditarios, la cual posteriormente se manifestó. La discapacidad afecta a sus actividades de la vida y está documentado que fue desarrollada antes de la edad de 18 años.

8. El tutor muere.

9. Los derechos del tutor son revocados.

10. El niño muere.

Nombre del niño: _____

Nombre del tutor: _____

Fecha: _____

IX. APELACIÓN

Los tutores legales pueden apelar la decisión del Departamento de cambiar o finalizar 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 tutor 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
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 tutor 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 transferencia de la tutela legal, el acuerdo podrá ser modificado o anulado, con el mutuo acuerdo de su tutor. Las modificaciones al acuerdo deberán completarse en un 1800-F CFS, Modificación del Acuerdo de Subvención, y sólo puede ser completado por personal de la Unidad de Subvenciones. 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 / Tutela legal.

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 del tutor: _____

Fecha: _____

XI. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA

Este acuerdo es vigente a partir de la fecha de la transferencia de la tutela legal de este niño.

El tutor reconoce recibir una copia de este acuerdo en el momento de la firma de este acuerdo.

FIRMAS:

_____ _____
Tutor Fecha

_____ _____
Tutor Fecha

La información contenida en esta solicitud 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 esta solicitud está completa al mejor de mis conocimientos.

_____
Firma del supervisor DCFS o POS

_____
Nombre del supervisor DCFS o POS

Oficina DCFS:

_____
Nombre de la oficina

_____
Dirección

_____
Ciudad Estado Código postal

Trabajador que prepara el formulario:

_____
Nombre Fecha

_____
Agencia

_____
Supervisor del trabajador