

Departamento de Servicios para Niños y Familias
del Estado de Illinois

MODIFICACIÓN DEL ACUERDO DE SUBSIDIO

Nombre del niño: _____

Nº de ID del niño: _____

El acuerdo celebrado anteriormente 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 El pago directo al proveedor de servicios o el reembolso a los padres adoptivos/tutores por servicios
terapéuticos o relacionados a la o las condiciones preexistentes del niño mencionado anteriormente que no estén de
Tratamiento 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 Pagos directos al o a los padres adoptivos/tutores a la tarifa de \$___ por mes. (Sólo con la
mensual autorización del Comité de Revisión de Servicios de Post Adopción/Tutela legal)
permanente

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.

_____/_____/_____ Fecha
Padre o madre adoptivo/Tutor legal

_____/_____/_____ Fecha
Padre o madre adoptivo/Tutor legal

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

_____/_____/_____ Fecha
Supervisor/Coordinador de adopción de DCFS

Oficina regional Dirección

DISTRIBUCIÓN: Original – Expediente del caso
Copia - Familia