

## ACUERDO DE AYUDA DE ADOPCIÓN PROVISIONAL

El siguiente acuerdo ha sido convenido por y entre el Departamento de Servicios para Niños y Familias, de aquí en adelante llamado “el Departamento”, y \_\_\_\_\_

Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s)

Dirección del Hogar

Dirección Postal (si es diferente de la de arriba)

de aquí en adelante llamado(s) “padre(s) adoptivo(s)” para el propósito de facilitar la adopción legal de

Nombre del Menor (Nombre adoptivo propuesto)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

El(La) menor es elegible para IV-E  Sí  No

Si sí, escriba el número de elegibilidad: \_\_\_\_\_

### I. BASE LEGAL

La Ley de Servicios para Niños Y Familias [20 ILCS 505/5(j)] proporciona la autoridad establecida por la ley para la ayuda de adopción. Los Reglamentos y Procedimientos 302.310 del Departamento, Ayuda de Adopción, promulgados conforme a la ley arriba, gobiernan la provisión de ayuda de adopción por el Departamento.

### II. PROVISIONES DEL ACUERDO DE AYUDA DE ADOPCIÓN PROVISIONAL

El acuerdo de ayuda de adopción previo concerniente a \_\_\_\_\_, menores quienes fueron adoptados previamente por:

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) PADRE(S) ADOPTIVO(S)

Las siguientes son obligaciones del(de los) padre(s) adoptivo(s). Fallo a cumplir con estas obligaciones puede resultar en la suspensión o terminación de la Tarjeta Medicaid y el subsidio.

1. Al Departamento se le requiere conducir revisiones para confirmar que el(los) padre(s) adoptivo(s) permanece(n) legal y financieramente responsable(s) por el menor, en parte, para volver a certificar la elegibilidad del(de la) menor para los beneficios de Medicaid. Una notificación por escrito será enviada anualmente al(a los) padre(s) adoptivo(s) junto con un formulario que debe ser llenado y enviado nuevamente al Departamento.
2. El(Los) padre(s) adoptivo(s) acuerda(n) notificar a su trabajador de Subsidio Posterior a la Adopción del DCFS no más de 30 días después de ocurrir lo siguiente:

**Nombre del(la) Menor:** \_\_\_\_\_

**Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

- a) Cuando el(la) menor ya no sea más la responsabilidad legal del(de los) padre(s) adoptivo(s);
- b) Cuando el(los) padre(s) adoptivo(s) ya no apoye(n) financieramente al(a) la) menor;
- c) Cuando el(la) menor se gradúe de la escuela preparatoria (secundaria) o equivalente;
- d) Cuando exista un cambio de dirección residencial o dirección postal del(de los) padre(s) adoptivo(s) o del(de la) menor;
- e) Cuando el(la) menor se convierta en un(a) menor emancipado(a);
- f) Cuando el(la) menor se case;
- g) Cuando el(la) menor se enliste en la militar;
- h) Cuando la condición de custodia del(de la) menor cambie;
- i) Cuando el(la) menor fallezca.

#### **IV. OBLIGACIONES DEL DEPARTAMENTO**

El Departamento acuerda pagar por los servicios de cualquier condición psicológica, médica, emocional o desventaja física preexistente a las tarifas que se acostumbren y sean regulares en la comunidad del(de los) padre(s) adoptivo(s), si no son cubiertos por la tarjeta de Medicaid u otros recursos públicos.

Este(a) menor puede requerir servicios que no estén actualmente siendo proporcionados para necesidades físicas, emocionales o de salud mental preexistentes o de factores de riesgo. Tales condiciones preexistentes deben estar descritas en el CFS 1800-C-A para ser elegible para ayuda a través del Programa de Ayuda de Adopción en una fecha futura. No se puede otorgar ayuda para servicios de condiciones preexistentes si la(s) condición(es) no está(n) enlistada(s) en el CFS 1800-C-A.

En esta sección, la documentación debe ser proporcionada en relación a por qué el(la) menor y todos(as) los(las) otros(as) hermanos(as), si se sabe, vinieron a quedar bajo cuidado, así como todo el historial conocido de salud mental, médica, y abuso de sustancias de los padres biológicos (incluya páginas adicionales como sea necesario).

La documentación de las condiciones físicas, mentales, o emocionales únicas del(de la) menor debe ser proporcionada. Registros adjuntos relacionados a la historia de la condición médica, física o mental del(de la) menor son considerados parte de este acuerdo. Todas las condiciones preexistentes del(de la) menor deben ser identificadas, incluyendo los servicios de salud física, emocional y mental que el(la) menor esté recibiendo y continuará recibiendo y la frecuencia específica y la duración, la fecha de comienzo y la fecha anticipada en que termina. Si no existe información que proporcionar, escriba la razón.

Específicamente, complete lo siguiente:

- 1) ¿Por qué el caso del(de la) menor llegó al sistema?

---

---

---

---

- 2) ¿Por qué los hermanos del(de la) menor entraron al sistema? Si se sabe;

---

---

---

---

- 3) Información acerca de la existencia de algunos otros niños nacidos de los padres biológicos, incluyendo las fechas de nacimiento y los géneros:

---

---

---

---

- 4) La(s) razón(es) por la(s) que el(la) menor no pudo regresar a su familia biológica,

---

---

---

---

- 5) Fechas de todas las colocaciones, si el proveedor de cuidados era un pariente o no pariente, colocaciones residenciales, y razones de las mudanzas;

---

---

---

---

- 6) Historial de tratamiento de salud mental del(de la) menor, si se conoce. Adjunte copia del diagnóstico, incluyendo reportes de evaluación.

---

---

---

---

- 7) Historial de abuso de sustancias de la familia inmediata, incluyendo la de los padres biológicos, hermanos y abuelos. No incluya información que identifique.

---

---

---

---

- 8) Discapacidades físicas, lesiones previas, condiciones médicas diagnosticadas, incluyendo fecha de los diagnósticos y hospitalizaciones, historia de medicamentos, historia genética. Adjunte documentación de apoyo de los diagnósticos.

---

---

---

---

**Nombre del(de la) Menor:** \_\_\_\_\_

**Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

- 9) Nombres de todos los proveedores de servicios/cuidados de salud, pasados y presentes, especificando qué servicios fueron proporcionados y las fechas de los servicios;

---

---

---

---

- 10) Problemas de comportamiento – pasados y presentes;

---

---

---

---

- 11) Experiencias de abuso físico de las cuales el(la) menor fue víctima, si se saben;

---

---

---

---

- 12) Incidente(s) de abuso sexual en el(los) cual el(la) menor fue la víctima o el(la) autor(a), si se sabe;

---

---

---

---

- 13) Experiencias de negligencia en las cuales el(la) menor fue la víctima, si se saben;

---

---

---

---

- 14) Temas educacionales: nombres de las escuelas asistidas, fechas de los Planes de Educación Individual(IEP) y/o Planes de Servicio Familiar Individuales (IFSP) o Plan de Necesidades Especiales Educativas 504 (adjunte IEPs o IFSPs o Plan de Necesidades Especiales Educativas 504 si esto corresponde);

---

---

---

---

**Nombre del(de la) Menor:** \_\_\_\_\_

**Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

15) Evaluaciones y/o diagnósticos de algún desorden de aprendizaje;

---

---

---

---

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

---

---

---

---

17) Temas de separación y pérdida;

---

---

---

---

18) Otras condiciones de salud y salud mental preexistentes de la familia inmediata, incluyendo los padres, hermanos y abuelos. No incluya información que identifique;

---

---

---

---

19) Información adicional concerniente al(a) menor y miembros de familia inmediata. No incluya información que identifique;

---

---

---

---

20) Enliste todos los servicios de terapia, asesoría u otros servicios que el(la) menor está actualmente recibiendo incluyendo el nombre del proveedor, el tipo de servicio y la frecuencia del tratamiento.

---

---

---

---

Nombre del(de la) Menor: \_\_\_\_\_

Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- 21) Enliste todos los documentos que hayan sido adjuntados a este acuerdo incluyendo el nombre del tratamiento o el proveedor de servicio, fecha del reporte o del servicio, y tipo de servicio.

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

**V. SERVICIOS PROPORCIONADOS BAJO EL ACUERDO DE AYUDA**

El Departamento debe proporcionar ayuda para los servicios aprobados como se enlistan abajo al finalizar la adopción. Los servicios que están siendo proporcionados al(a) menor al tiempo del acuerdo continuarán con el mismo proveedor y son permitidos cuando los servicios son descritos en la sección d) Necesidades que no se pagan a través de otras fuentes (abajo).

**a) Gastos de ayuda de adopción no recurrentes**

El pago de una sola vez únicamente por gastos que ocurren durante y en relación al proceso de adopción. Gastos elegibles incluyen pero no están limitados a costos razonables y necesarios, costos de corte, gastos de abogado, costos de guardián ad-litem, gastos de viajes relacionados a las visitas de precolocación, exámenes de salud y psicológicos y otros costos asociados con la adopción legal de un(a) menor con necesidades especiales sujetos al máximo establecido por el Departamento de \$1,500 por menor adoptado.

Especifique otros gastos que no sean costos legales y de la corte.

_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____
_____	\$ _____

*Se aprueban gastos no recurrentes para su reembolso a través de este acuerdo:*

Sí                       No

**b) Pago Mensual en Efectivo**

El pago mensual en efectivo no debe exceder la cantidad que el(la) menor recibe en el hogar de la familia de cuidados temporales a menos que el(la) menor se encuentre en una colocación con pariente sin licencia. En tal caso, al finalizar la adopción, los padres adoptivos pueden recibir hasta las tarifas del DCFS aplicables a la tarifa de un hogar de cuidados familiares temporales con licencia.

Pagos mensuales dirigidos a, \_\_\_\_\_ a la tarifa de  
Nombre del Beneficiario  
\$ \_\_\_\_\_ por mes.

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

Sí                       No

Nombre del(la) Menor: \_\_\_\_\_

Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**c) Tarjeta Medicaid**

En ningún caso el Departamento puede hacer pagos suplementarios, pagos por deducibles o hacer copagos por servicios médicos.

- 1) Cuando el(la) menor y la familia viven en Illinois, los beneficios médicos son proporcionados bajo el Artículo XIX de la Ley del Seguro Social (Medicaid). El Medicaid paga por servicios elegibles que no son cubiertos por el seguro médico (si el(la) menor ha sido añadido(a) a la póliza de seguro médico). Si no hay un proveedor de servicio que participe en el programa de Medicaid de Illinois dentro de las 25 millas del hogar del menor, se puede utilizar un proveedor que no sea participante del programa. Los padres adoptivos serán reembolsados por los servicios elegibles.
- 2) Cuando una familia se muda fuera del estado y el nuevo estado no proporciona cobertura de Medicaid, Illinois reembolsará a la familia por los servicios elegibles a la tarifa de reembolso del Medicaid de Illinois.
- 3) En el caso de que una familia viva en otro estado y el proveedor médico participe en el programa de Medicaid de Illinois, el proveedor le cobrará al programa de Medicaid de Illinois por los servicios médicos.

*Una Tarjeta Médica es parte de este acuerdo:*

Sí  No

**d) Necesidades que no se pagan a través de otras fuentes**

- 1) Pagos por servicios de salud física, emocional y mental no se pueden hacer hasta que el Departamento haya sido notificado que tales servicios comenzarán, el Departamento haya aprobado los servicios solicitados, y un contrato (cuando corresponda) con el proveedor identificado se haya establecido.
- 2) El Departamento pagará al proveedor de servicios directamente o reembolsará a la familia por los servicios no elegibles por Medicaid relacionados a una condición preexistente, la cual debe ser aprobada por el Departamento antes de proporcionar los servicios y a una tarifa negociada y acordada independientemente del estado en que viva el(la) menor.
- 3) El Departamento hará los pagos directamente a los proveedores que no estén inscritos en el Medicaid. Se requiere aprobación previa del Departamento.
- 4) El Departamento también hará pagos directamente al proveedor o reembolsará a la familia cuando los servicios de un proveedor inscrito en Medicaid no se encuentren disponibles dentro de un radio de veinticinco millas del hogar de la familia.
- 5) Servicios Actuales:  
El(La) menor se encuentra actualmente recibiendo los siguientes servicios los cuales continuarán después de finalizar la adopción: (Añada páginas adicionales si es necesario)

---

---

---

---

*El Departamento ha aprobado pagos o reembolso por los servicios anteriores que no se pagan a través de otras fuentes por problemas o desordenes físicos, mentales o emocionales o como parte de este acuerdo:*

Sí  No

Nombre del(la) Menor: \_\_\_\_\_

Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

6) Servicios Futuros:

Especifique cada servicios médico y/o clínico que el(la) menor pueda necesitar en el futuro y que sea solicitado como parte de este acuerdo. Enliste todos los reportes, registros y correspondencia que estén adjuntos al acuerdo de subsidio incluyendo la documentación de un profesional médico con licencia o practicante de salud mental cualificado por el diagnóstico del menor y las necesidades de servicios relacionados en el futuro.

---

---

---

---

*El Departamento ha aprobado pago o reembolso por los servicios anteriores los cuales puedan ser necesitados en el futuro si al momento de la necesidad se encuentra que no se pagan a través de otras fuentes:*

Sí

No\*

**\*El marcar el recuadro de “No” al momento de llenar este formulario no excluye a la familia de solicitar servicios después de finalizar la adopción a través del proceso de enmienda como se describe en el Procedimiento 302.310.**

e) **Guardería Terapéutica**

Guardería Terapéutica proporciona servicios a los menores que no pueden ser servidos en ambientes de cuidado infantil tradicional u otros programas infantiles debido a su inhabilidad para participar en tales programas y debido a la intensidad de los servicios que requieran como resultado de sus discapacidades físicas, mentales o emocionales.

Pagos por guardería terapéutica serán hechos solamente para aquellos menores que sean determinados tengan una discapacidad que requiera servicios de educación especial a través de un Plan de Educación Individual (IEP), un Plan de Servicios Familiares (IFSP), o un Plan de Necesidades Especiales Educativas 504 actualizado por lo menos anualmente, cuando tal guardería no se pague a través de otra fuente. Los distritos escolares locales son responsables de desarrollar el Plan de Educación Individual o el Plan de Servicios Familiares Individual para los estudiantes que requieran servicios de educación especial.

- 1) El pago puede ser realizado por cuidado especializado que proporciona intervención terapéutica en lugar de solamente servicios de guardería regulares. El cuidado debe incluir tratamiento de una discapacidad o una enfermedad como una parte integral del programa (Ej. habla, terapia física u ocupacional, modificación de comportamiento; servicios psicológicos o psiquiátricos).
- 2) La aprobación del pago por guardería terapéutica requiere documentación de la discapacidad física, mental o emocional específica del(de la) menor y la capacitación especial, licenciamiento o credenciales del individuo proporcionando el cuidado terapéutico.
- 3) Pago por guardería terapéutica no puede ser realizado hasta que el Departamento haya sido notificado de que tales servicios comenzarán, haya aprobado el servicio solicitado, y un contrato con el proveedor identificado se haya establecido (cuando corresponda).
- 4) El reembolso del Departamento estará limitado a lo que es usual, acostumbrado, y razonable en la comunidad como sea determinado por el Departamento.

*El Departamento ha aprobado pago o reembolso para guardería terapéutica como parte de este acuerdo:*

Sí

No

Nombre del(la) Menor: \_\_\_\_\_

Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**f) Guardería por Empleo**

Los padres adoptivos que reciben ayuda por un menor de menos de tres años de edad son elegibles para pago de servicios de guardería por ese menor, si el cuidado se requiere debido a uno de los siguientes. (marque el recuadro apropiado abajo).

- El padre adoptivo está empleado o participando en un programa de capacitación que le llevará a empleo.
- Un padre adoptivo soltero que está empleado(a) o en un programa de capacitación que le llevará a empleo o ambos padres, en un hogar adoptivo de ambos padres, están trabajando o en un programa de capacitación que llevará a empleo.
- Uno de los padres adoptivos trabaja y el otro padre adoptivo no puede cuidar al(a la) menor debido a una discapacidad.

*El Departamento ha aprobado pago o reembolso para guardería por empleo como parte de este acuerdo:*

- Sí                       No

**VI. INICIACIÓN DE PAGO**

1. El pago será iniciado con las firmas de todas las partes apropiadas (los padres adoptivos y el DCFS)
2. Los padre adoptivos reconocen que recibir pagos depende en haber sido comprobado a no tener antecedentes criminales o de abuso o descuido de niños.

**VII. TERMINACIÓN**

La ayuda de adopción debe terminar cuando el Departamento ha determinado que uno de lo siguientes ha ocurrido:

1. Cuando los términos del acuerdo de ayuda de adopción son satisfechos.
2. Los padres adoptivos han solicitado que el pago cese definitivamente.
3. Los padres adoptivos ya no son legal o financieramente responsables por el(la) menor.
4. El(La) menor se convierte en un(a) menor emancipado(a).
5. El(La) menor se casa.
6. El(La) menor se enlista en la militar.
7. A) El(La) menor alcanza la edad de 18 años y no está en la preparatoria(secundaria) o equivalente; o  
B) El(La) menor de 18 años se gradúa de la preparatoria(secundaria) o equivalente o alcanza la edad de los 19 años, lo que ocurra primero; o  
C) El(La) menor con una discapacidad física, mental o emocional la cual afecta sus actividades importantes de vida, la cual existía antes de la finalización de la adopción y la cual fue documentada en el acuerdo de ayuda, alcanza la edad de los 21 años; o

**Nombre del(la) Menor:** \_\_\_\_\_

**Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s):** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

D) El(La) menor alcanza la edad de los 21 años, quien antes de la transferencia del término de la adopción, fue determinado(a) estar en riesgo de desarrollar una discapacidad física, mental o emocional debido a factores medioambientales, genéticos o hereditarios, la cual se manifestó por si misma posteriormente. La discapacidad afecta sus actividades de vida, y está documentado que se desarrolló antes de la edad de 18 años.

8. Los padres adoptivos fallecen.

9. Los derechos de los padres adoptivos son terminados.

10. El(La) menor muere.

### **VIII. APELACIÓN**

Los padres adoptivos pueden apelar la decisión del Departamento de cambiar o terminar la ayuda de acuerdo con el Código Administrativo 89 Ill. Parte 337, Proceso de Apelación de Servicio. Las decisiones que pueden ser apeladas incluyen los pagos por servicios para el(la) menor para quien usted es guardián, o la negación de una petición para aumento de ayuda para proporcionar servicios adicionales al(a) la menor.

Las decisiones o acciones hechas por el Departamento son apeladas después de que el padre adoptivo ha recibido notificación de la decisión o de la acción. Cualquier notificación escrita del Departamento proporcionará información específica acerca de los derechos de apelación de los padres adoptivos, guardianes o padres de cuidados familiares temporales.

Para apelar una decisión o acción hecha por el Departamento, se envía una petición escrita para un servicio de apelación a:

Administrative Hearings Unit  
Department of Children and Family Services  
406 E. Monroe, Station 15  
Springfield, IL 62701  
217.782-6655

### **IX. ENMIENDAS**

Con la notificación por los padres adoptivos de un cambio en las circunstancias de los padres adoptivos o de las necesidades del(de la) menor como se establece en la Sección IV Obligaciones del Departamento, las enmiendas al Acuerdo pueden ser hechas en ocasiones diferentes a la revisión.

Después de la finalización de la adopción, el acuerdo puede ser enmendado o terminado con mutuo acuerdo de los padres adoptivos. Las enmiendas al acuerdo deben ser completadas en una CFS 1800-F, Enmienda al Acuerdo para Ayuda, y puede solamente ser completada por el personal de la Unidad de Subsidio. Una enmienda para aumentar el pago mensual continuo puede ser hecha solamente cuando se autorice por el Comité de Revisión de Servicios Posteriores a la Adopción/Tutela (PAGSRC por sus siglas en inglés).

Si llega a ser necesario el cambiar un subsidio que haya sido firmado por todas las partes antes de la finalización, un acuerdo nuevo debe ser completado, aprobado y firmado.

### **X. FECHA DE VIGENCIA**

El(Los) padre(s) adoptivo(s) reconoce(n) haber recibido una copia de este acuerdo al momento de firmar este acuerdo.

Nombre del(la) Menor: \_\_\_\_\_

Nombre del(de los) Padre(s) Adoptivo(s): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMAS:**

\_\_\_\_\_  
Madre Adoptiva

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre Adoptivo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**La información contenida en este acuerdo es completa a mi mejor leal entender.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor/Coordinador de Adopción del DCFS

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde del Supervisor/Coordinador de Adopción del DCFS

**La información contenida en este acuerdo es completa a mi mejor leal entender.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor de DCFS o de POS

\_\_\_\_\_  
Nombre del Supervisor de DCFS o de POS

**Oficina DCFS:**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

**Trabajador(a) preparando el formulario:**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Agencia

\_\_\_\_\_  
Supervisor del(de la) Trabajador(a)