

ACUERDO DE ASISTENCIA DE ADOPCIÓN

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

El Departamento de Niños y Familias de Kansas, (en lo sucesivo denominado DCF) y los padres adoptivos (nombre legal del/los padre(s), en lo sucesivo denominado como el/los padre(s) adoptivo(s):

_____ Y _____
por la presente acuerdan entrar en un acuerdo de asistencia de adopción de (nombre de nacimiento):

_____ nacido en _____ y colocado en el hogar adoptivo en _____ de conformidad con un acuerdo de colocación de adopción.

Marque la casilla correspondiente a continuación:

- Este acuerdo se está ejecutando en esta fecha, antes de la finalización de la adopción, con el propósito de asistencia de adopción y / o servicios médicos para dicho niño bajo las disposiciones de la Ley de Seguridad Social y la ley de asistencia para la adopción de Kansas. Este acuerdo es complementario a un acuerdo de colocación de adopción.
- Este acuerdo se está ejecutando en esta fecha, de conformidad con una renegociación de un acuerdo actual de asistencia de adopción entre dicho(s) padre(s) adoptivo(s) y el Estado de Kansas para dicho niño, con el propósito de asistencia de adopción y/o servicios médicos para dicho niño bajo las disposiciones de la Ley de Seguridad Social y la ley de asistencia para la adopción de Kansas.

Este acuerdo permanece vigente independientemente del estado de residencia de el/los padre(s) adoptivo(s). Si el servicio necesario se nombra específicamente con un monto acordado en el acuerdo de asistencia para la adopción no está disponible en el nuevo estado de residencia, Kansas sigue siendo financieramente responsable de proporcionar el servicio.

Si no se finaliza la adopción de dicho niño, este acuerdo es nulo y sin efecto.

Se ha determinado que el niño mencionado anteriormente es elegible para **uno** de los siguientes programas:

- Asistencia de adopción del Título IV-E (Federal).** Si se muda a otro estado, se implementarán procedimientos para emitir una tarjeta médica del nuevo estado de residencia. Este acuerdo de asistencia de adopción firmado, al colocar al niño en el hogar adoptivo, establece la elegibilidad del niño para la asistencia médica del Título XIX, independientemente del estado de residencia del/los padre(s) adoptivo(s). El estado de residencia puede proporcionar más o menos cobertura que el programa de Kansas.
- Asistencia de Adopción Solo Estatal:** Si se muda a otro estado y el estado es miembro del Pacto Interestatal sobre Adopción y Asistencia Médica (ICAMA), se implementarán los procedimientos para emitir una tarjeta médica en el nuevo estado de residencia. El nuevo estado de residencia no está obligado a emitir una tarjeta médica. Si el estado de residencia emite una nueva tarjeta médica, puede proporcionar más o menos cobertura que el programa de Kansas. Si el estado no emite una nueva tarjeta médica, DCF continuará emitiendo una tarjeta médica de Kansas y lo ayudará a localizar proveedores médicos dispuestos a participar en el programa de asistencia médica de Kansas.

I. El/Los Padre(s) Adoptivo(s) Aceptan:

- a. Participar en el plan de cuidado posterior desarrollado con el Proveedor de Administración de Casos de Bienestar Infantil;
- b. Participar en una revisión anual completando y devolviendo el formulario de revisión dentro de los 30 días posteriores a la recepción;
- c. Presentar documentación de la necesidad continua del niño de recibir asistencia de adopción y nuestra habilidad de satisfacer las necesidades del niño.
- d. Para un niño que ha alcanzado la edad mínima para asistir obligatoriamente a la escuela según la ley estatal, inscribir al niño como estudiante de tiempo completo; proporcionar educación en el hogar o instrucción independiente de acuerdo con la ley estatal durante el año escolar hasta que el niño haya completado la secundaria o esté preparado para documentar una condición médica del niño que lo haga incapaz de cumplir este requisito por cada año que el niño no pueda participar en un programa educativo.
- e. Si el niño no habrá completado la secundaria en el cumpleaños número 18 del niño o antes, 60 días antes del cumpleaños número 18 del niño, presentar documentación de que el niño todavía asiste y está progresando en la secundaria.

ACUERDO DE ASISTENCIA DE ADOPCIÓN

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

- f. Si se desea asistencia de adopción después del cumpleaños número 18 del niño, envíe, 60 días antes del cumpleaños número 18 del niño, documentación actual de un médico, hospital, clínica u otro profesional médico calificado con licencia, sobre la discapacidad física o mental del niño para respaldar la necesidad de una continua asistencia de adopción.
- g. Si el niño adoptado se agrega a mi (nuestro) seguro médico privado, proporcionar al DCF el número de póliza y el nombre de la compañía de seguros.
- h. Notificar al DCF dentro de los 30 días de cualquier cambio, no limitado a, domicilio, matrimonio del niño o padre adoptivo, ausencia del niño en el hogar por cualquier motivo por más de 30 días, muerte del niño o padre adoptivo, o emancipación legal del niño.
- i. Notificar al DCF dentro de los 30 días cuando el niño ya no recibe ninguna ayuda financiera de nuestra parte.
- j. Que cualquier beneficio disponible para el niño, es decir, seguro social, SSI, veteranos, puede considerarse para determinar el monto de los Pagos Mensuales de Asistencia de Adopción (si corresponde) Para la asistencia de adopción financiada únicamente por el estado, la cantidad mensual se reducirá dólar por dólar por cualquier beneficio de SSI que reciba el niño. Yo (nosotros) acepto (aceptamos) informar al DCF dentro de los 30 días de cualquier cambio en los beneficios o recursos del niño.
- k. Renegociar el pago mensual de asistencia de adopción a un monto menor si el niño ingresa a cuidado fuera del hogar por más de 30 días y los padres adoptivos no pagan por el cuidado fuera del hogar.
- l. Proporcionar al DCF una copia del decreto de adopción y la nueva tarjeta de seguro social del niño dentro de los 30 días posteriores a la recepción.
- m. El hecho de no informar los cambios según lo acordado puede dar lugar a una investigación por posible fraude. La investigación puede dar lugar a una demanda de reembolso de la asistencia de adopción y la remisión para un enjuiciamiento penal.

Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que, según la información proporcionada, la cantidad de asistencia de adopción puede reducirse si yo (nosotros) estamos de acuerdo. Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que cualquier aumento o disminución en la cantidad de asistencia mensual se basará en cambios documentados en las necesidades especiales del niño o en las circunstancias familiares y el acuerdo entre los padres adoptivos y DCF. Se firmará un nuevo acuerdo de asistencia de adopción para reflejar cualquier cambio negociado entre yo (nosotros) y DCF.

II. DCF acepta proporcionar:

Tipo de Asistencia	Aprobado	Detalles/Restricciones	Cantidad
Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se requieren evaluaciones de Kan Be Healthy para recibir el máximo beneficio. Algunos servicios pueden requerir autorización previa. Servicios según autorización a través del Plan Estatal de Medicaid	Tasas de Medicaid Establecidas
Gastos No Recurrentes a Pagar al Finalizar la Adopción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No debe exceder \$2,000. Puede incluir Honorarios de Abogados, Costos Judiciales, Viajes, Alojamiento, otros	
Pago de Servicio Especial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Pago Mensual de Asistencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

III. Información Adicional de Recursos:

- a. Información de Crédito Fiscal:
 - i. La información fiscal federal se puede encontrar en: <http://www.irs.gov/taxtopics/tc607.html>
 - ii. La información fiscal de Kansas se puede encontrar en: <https://www.ksrevenue.gov/prtaxcredits-adoption.html>
- b. Elegibilidad para Servicios de Vida Independiente

ACUERDO DE ASISTENCIA DE ADOPCIÓN

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si el niño es adoptado a los 16 años o después, comuníquese con el Administrador del Programa de Vida Independiente del Estado para acceder a los servicios para los cuales el niño puede ser elegible, como asistencia financiera postsecundaria

c. Servicios pos-adopción: Centro de Recursos Pos-Adopción de Kansas (KPARC), AdoptaUSKids

IV. Duración del Acuerdo:

- a. La terminación del contrato ocurrirá bajo una de las siguientes circunstancias:
 - i. Solicitud o acuerdo del/los padre(s) adoptivo(s).
 - ii. El padre adoptivo ya no es legalmente responsable por el niño (cuando los derechos de los padres han sido terminados o cuando el niño se convierte en un menor emancipado, se casa o se enlista en el ejército)
 - iii. El padre adoptivo ya no es financieramente responsable por el niño
 - iv. El padre adoptivo ya no está apoyando financieramente al niño. (ejemplos de apoyo pueden incluir terapia familiar, matrícula, vestimenta, mantenimiento de equipos especiales en el hogar o servicios para las necesidades especiales del niño)
 - v. El niño alcanza la edad de 18 años y la documentación para continuar con la asistencia de adopción no ha sido proporcionada por dichos padres adoptivos.
 - vi. El niño tiene 18 años y se graduó de secundaria.
 - vii. El niño alcanza la edad de 21 años, siempre que se haya otorgado aprobación previa cada año para extender el plan de asistencia más allá del cumpleaños número 18 del niño debido a la discapacidad física o mental documentada del niño, o porque el niño todavía está en secundaria.

- b. DCF proporcionará a los padres adoptivos un aviso por escrito con 30 días de antelación para cerrar el caso de asistencia de adopción o para denegar cualquier solicitud para extender la asistencia más allá del cumpleaños número 18 del niño. El aviso proporcionará una base para la decisión e informará a la familia, por escrito, de su derecho a solicitar una audiencia justa a la agencia.

V. La Asistencia de Adopción comenzará: _____

Padre Adoptivo:	DCF Experto Regional en Asistencia por Adopción:
_____ Nombre en letra de molde	_____ Nombre en letra de molde
_____ Firma	_____ Firma
_____ Fecha	_____ Fecha
Padre Adoptivo:	Supervisor DCF
_____ Nombre en letra de molde	_____ Nombre en letra de molde
_____ Firma	_____ Firma
_____ Fecha	_____ Fecha
Información de Contacto de el/los padre(s) adoptivo(s)	Información de Contacto del Experto Regional en Asistencia para la Adopción

ACUERDO DE ASISTENCIA DE ADOPCIÓN

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

<p>_____</p> <p>Dirección: De correo, ciudad, estado y código postal</p> <p>_____</p> <p>Numero de teléfono</p> <p>_____</p> <p>Correo electrónico</p>	<p>_____</p> <p>Dirección: De correo, ciudad, estado y código postal</p> <p>_____</p> <p>Numero de teléfono</p> <p>_____</p> <p>Correo Electrónico</p>
---	---

Copia firmada de este acuerdo entregado/enviado a los padres adoptivos el: _____

Por: _____

