

ДОГОВОР О ДОБРОВОЛЬНОМ ВОЗВРАЩЕНИИ В ПРОДЛЕННУЮ ПРОГРАММУ УХОДА ЗА ПРИЕМНЫМИ ДЕТЬМИ

Я встретился с социальным работником округа (социальным работником или сотрудником службы пробации) чтобы обсудить добровольное возвращение в программу ухода за приемными детьми как взрослый, бывший приемный воспитанник, в возрасте до 19, 20 или 21 года. Подписывая это соглашение, я понимаю, я добровольно согласился вновь вернуться в программу ухода за приемными детьми.

Я согласен чтобы меня поместили в контролируруемую обстановку программы ухода за детьми (такие, как дома проживания приемных детей, дом родственника, дом агентства для проживания приемных детей, дом группового проживания детей, переходная программа размещения детей, контролируемая обстановка независимого проживания или с назначенным мне судом для несовершеннолетних опекуном, который не является моим родственником), как объяснено моим договором на размещение и ответственность _____ округа _____ департамента.

Я понимаю, что выделяемые мне льготы семьям с детьми-иждивенцами – уходу за приемными детьми (AFDC-FC) начнут выплачивать с даты подписи этого договора или с даты размещения в контролируруемую обстановку для приемных детей, смотря, что наступит позднее.

Я понимаю, что несу ответственность за заполнение договора, с помощью социального работника для получения льгот AFDC-FC и предоставления информации и документации о моем статусе, как бывший ребенок-иждивенец или находившийся под опекой суда по делам несовершеннолетних, и мой текущий доход и активы, как требуется в деле, относящемся только к ребенку.

Я согласен участвовать с социальным работником, подав заявление в суд для несовершеннолетних, чтобы суд мог возобновить контроль над моим делом, определив, что возвращение в программу воспитания для приемных детей является в моих наилучших интересах.

Я согласен сотрудничать с социальным работником моего округа для разработки переходного плана независимого проживания и плане перехода на независимое проживание (TILP) в течение 60 дней с подписания этого договора.

Я понимаю, что льготы возвращения в программу временного воспитания включают в себя безопасное и надежное жилье и помощь социального работника, ведущего мое дело для удовлетворения моих потребностей и планирования моего будущего.

- Я согласен встречаться лично с социальным работником, как минимум один раз в месяц для обсуждения моих будущих целей и как минимум один раз в шесть месяцев для обсуждения моего плана TILP.
- Я согласен немедленно начать делать одно или более из следующего, чтобы иметь право на возвращение в программу временного воспитания:
1. Закончить среднюю школу или получить Калифорнийский сертификат о получении эквивалентного образования (GED), или
 2. Зарегистрироваться в колледже, районном колледже или программе профессионального образования, или
 3. Участвовать в программе или деятельности, чтобы помочь мне найти и сохранить работу (пример: поиск работы, профессиональная подготовка, консультации по вопросам карьеры, т.п.), или
 4. Иметь оплачиваемую работу и работать не менее 80 часов в месяц, или
 5. Я не в состоянии сделать любое из вышеуказанного из-за подтвержденного состояния здоровья, в том числе психического здоровья.
- Я согласен работать для достижения цели в моем плане TILP, и:
1. Говорить с социальным работником, как минимум один раз в месяц, чтобы сообщить о моем прогрессе и о любых проблемах, которые мешают мне достичь моей цели плана TILP.
 2. Сообщить работнику как можно скорее, но не позже, чем во время моей ежемесячной встречи, о любых изменениях в выполнении одного из пяти условий, перечисленных выше.
 3. Сообщить работнику как можно скорее, но не позже, чем во время моей ежемесячной встречи, о любых изменениях в моем доходе (от работы или любого другого источника, как например льготы социального обеспечения или пособия по инвалидности, гранты и стипендии).
 4. Если я в доме проживания приемных детей, доме родственника, доме агентства для проживания приемных детей, доме группового проживания детей, переходной программе размещения детей, контролируемой обстановке независимого проживания:
 - Я понимаю, что суд по делам несовершеннолетних будет надзирать за моим делом и я согласен принимать участие в шести-месячном пересмотре дела (Review Hearings), лично или по телефону или передавать информацию о моих потребностях через моего адвоката; И
 - Я понимаю, что если я не буду участвовать в моем плане TILP, может быть назначено судебное заседание о возможном закрытии моего дела. Я понимаю, что получу письменное извещение (NOAs), и я могу опротестовать эти действия.

5. Если я добровольно живу с моим, ранее назначенный судом по делам несовершеннолетних опекуном, не являющимся моим родственником:

- Я согласен добровольно проживать с моим, ранее назначенный судом по делам несовершеннолетних опекуном, не являющимся моим родственником и понимаю, что работник округа будет следить за моим делом и я согласен предоставлять мою информацию через шесть месяцев в TILP; И
- Я понимаю, что если я не буду выполнять одно из пяти условий, как указано в плане TILP, агентство округа может прекратить платежи и закрыть мое дело. Я понимаю, что получу письменное извещение (NOAs), и я могу опротестовать эти действия.

В моем размещении на временное воспитание, я согласен:

1. Рассказывать социальному работнику о проблемах с моим размещением и вместе с работником стараться найти решение проблем.
2. Убедиться, что работник имеет возможность связаться со мной и сообщить моему работнику в течение недели, если мой номер телефона, почтовый адрес или другая контактная информация изменится.
3. Сообщить социальному работнику в течение 24 часов после того, как я буду размещен в новом месте или выведу из места моего настоящего размещения по любой другой причине.
4. Я понимаю, что если я выведу из места моего размещения на временное воспитание, фонды на мое временное воспитание могут быть остановлены.
5. Я понимаю, что если я выведу из места моего размещения на временное воспитание, я могу обратиться в суд или агентство округа, чтобы вернуться в программу временного воспитания, если я моложе возрастного лимита.

Агентство округа соглашается:

1. Помочь мне развиваться и достигать своих целей для стабильного и постоянного жилья и независимой жизни, как это описано в моей программе TILP.
2. Рассмотреть цели в моей программе TILP и обновлять их, по крайней мере, каждые шесть месяцев.
3. Помочь в выборе соответствующего утвержденного или лицензированного размещения (дома проживания приемных детей, дом родственника, дом агентства для проживания приемных детей, дом группового проживания детей, переходная программа размещения детей, контролируемая обстановка независимого проживания или с назначенным мне судом для несовершеннолетних опекуном, который не является моим родственником).
4. Помочь мне сохранять право на получение льгот продленной программы временного проживания приемных детей, отреагировав на любые проблемы, которые я сообщил, и помочь мне найти услуги и поддержку для удовлетворения моих потребностей и поддерживать права на льготы.
5. Помочь мне разработать договор о совместном проживании (Shared Living Agreement), при необходимости, и помочь решить любые проблемы, которые возникают с моим размещением.
6. Убедиться, что у меня есть льготы MediCal или другого медицинского страхования и при необходимости помочь мне в получении медицинской, стоматологической и/или психологической помощи.
7. Сообщить мне о любых изменениях в льтах программы временного размещения и предоставить мне информацию о процедуре обжалования решения остановить или уменьшить мои льготы.
8. Убедиться, что у меня есть контактная информация для моего адвоката, а также информация о предстоящих слушаниях суда несовершеннолетних, и как принять участие в этих слушаниях, если требуется.

Нижеподписавшийся согласен на размещение в программу по уходу _____ агентством округа.

ИМЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	СОЦИАЛЬНЫЙ РАБОТНИК – ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	ИМЯ РУКОВОДИТЕЛЯ
ПОДПИСЬ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО	ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА РУКОВОДИТЕЛЯ
НОМЕР ТЕЛЕФОНА КОНТАКТА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО	НОМЕР ТЕЛЕФОНА СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА	ИМЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЛЕМЕНИ
ДАТА	ДАТА	НОМЕР ТЕЛЕФОНА ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЛЕМЕНИ