

CONVENIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCIONES (AAP)

AVISO: Este convenio describe los beneficios de asistencia para adopciones que usted (o ustedes) recibirá para su hijo (o hija) adoptivo. Si usted está de acuerdo, por favor firme el convenio y devuélvalo a la oficina/agencia de adopciones. Si no está de acuerdo, por favor comuníquese con la oficina/agencia de adopciones. Si usted y la oficina/agencia de adopciones no pueden llegar a un acuerdo, usted recibirá una "Notificación de acción" que le explicará cómo solicitar una audiencia con el Estado para resolver el asunto.

 Elegible - Federal Título IV-E

 Elegible - Estado solamente

 Elegible - Condado solamente

Yo (o nosotros), _____ y _____, he hecho un convenio
(NOMBRE DEL PADRE/MADRE) (NOMBRE DEL PADRE/MADRE)
 con _____ sobre beneficios de
(NOMBRE, DIRECCIÓN, Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA OFICINA PÚBLICA RESPONSABLE)
 asistencia para adopciones (AAP) para _____.
(NOMBRE DEL NIÑO)

Se espera que la elegibilidad para AAP continúe de _____ a _____.
(FECHA DE LA COLOCACIÓN EN ADOPCIÓN) (FECHA EN QUE SE ESPERA TERMINE LA ELEGIBILIDAD)

Este convenio estará en vigor hasta que se termine según sus términos o hasta que se firme un nuevo convenio enmendado.

Esto es (*marque uno*) un convenio aplazado (*Complete solamente la Sección II.*)
 un convenio inicial.
 una enmienda al convenio con fecha de _____.
(FECHA DEL CONVENIO INICIAL)

Complete la Sección I o la Sección II, la que sea apropiada.

SECCIÓN I

- La cantidad mensual de \$ _____ en beneficios de AAP y/o Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) está autorizada para empezar en _____.
(CANTIDAD) (FECHA EN QUE EMPIEZAN LOS PAGOS)
 Las necesidades del niño se tienen que volver a evaluar periódicamente, al menos cada dos años. La fecha de la primera vez que se volverá a hacer una evaluación es _____.
(FECHA DE LA PRIMERA REEVALUACIÓN)
- A menos que los beneficios se terminen por causa de la edad, _____ me (o nos) enviará un
(DEPARTAMENTO DE BIENESTAR PÚBLICO DEL CONDADO)
 formulario AAP 3, "Información de reevaluación - Programa de Asistencia para Adopciones (AAP)", al menos 60 días antes de la fecha de la próxima reevaluación. Yo (o nosotros) completaré el formulario AAP 3 y lo devolveré a _____.
(OFICINA PÚBLICA RESPONSABLE)
- Con mi (o nuestro) convenio, la oficina de adopciones responsable, de acuerdo con la ley del Estado, puede aumentar o reducir la cantidad de los beneficios de AAP de acuerdo a cómo cambien mis (o nuestras) circunstancias o las necesidades del niño.
- Para los convenios iniciales que se firmaron antes del primero de enero del 2010, **es posible que** mi (o nuestro) niño sea elegible para un aumento debido a su edad después que cumpla los 5, 9, 12, y 15 años de edad. En el Condado de Marin, los aumentos debido a la edad ocurren después de cumplir los 5, 7, 9, 12, 13, y 15 años de edad. Yo (o nosotros) **me comunicaré** con la oficina/agencia de adopciones para solicitar este aumento.
- Los beneficios de AAP no pueden exceder la cantidad aprobada por el Estado (la cual depende de la edad del niño) para un hogar de crianza temporal más cualquier cantidad aprobada por el Estado que aplique para cuidado especializado ("Specialized Care Increment" - SCI), o si mi (o nuestro) niño se coloca fuera del hogar temporalmente, la cantidad aprobada por el Estado para un establecimiento la cual se habría pagado si no se hubiera colocado al niño en adopción.
- Es posible que la cantidad de los beneficios de AAP se reduzca debido a un cambio en las necesidades especiales y/o la colocación de mi (o nuestro) niño el cual puede causar que la cantidad de los beneficios de AAP exceda la cantidad del pago por crianza temporal que el niño habría recibido si estuviera bajo este tipo de cuidado.

7. Si el niño tiene menos de tres años de edad y recibe servicios bajo el Decreto de California sobre los Servicios de Intervención Temprana (*California Early Intervention Services Act*), pero el Centro Regional de California (CRC) todavía no ha determinado que tiene una discapacidad de desarrollo como se define en el Decreto de Lanterman (*Lanterman Act*), la cantidad máxima de beneficios de AAP será la cantidad para el actual año fiscal (julio 1 a junio 30) asignada para menores de tres años o menos que reciben asistencia de dos oficinas o la cantidad aprobada para un hogar de crianza temporal más la cantidad aplicable de SCI, la que sea mayor. Después de que se finalice la adopción, será mi (o nuestra) responsabilidad solicitar que el CRC haga una evaluación de la elegibilidad del niño para recibir servicios del CRC. Si se determina que el niño es elegible para recibir servicios del CRC después de cumplir los tres años de edad, será mi (o nuestra) responsabilidad solicitar de la oficina pública responsable la cantidad asignada para menores que reciben asistencia de dos oficinas.

Yo (o nosotros) estoy de acuerdo en que, antes del mes que sigue del mes del tercer cumpleaños del niño, si el niño ya no es elegible para recibir servicios del CRC, se tendrá que volver a negociar la cantidad de beneficios de AAP en base a la cantidad aprobada para un hogar de crianza temporal más cualquier cantidad aplicable de SCI.

Si el niño tiene menos de tres años y el CRC ha determinado que tiene una discapacidad de desarrollo como se define en el Decreto de Lanterman, la cantidad máxima de beneficios de AAP es la cantidad para el actual año fiscal (julio 1 a junio 30) asignada para menores de tres años o más que reciben asistencia de dos oficinas, no hay un suplemento a esta cantidad.

8. Si el niño es actualmente cliente del CRC, la cantidad máxima disponible de beneficios de AAP es la cantidad para el actual año fiscal (julio 1 a junio 30) asignada para menores de tres años o más que reciben asistencia de dos oficinas (la cantidad para menores que reciben asistencia de dos oficinas y la cantidad del suplemento elegible no deben exceder \$1,000). Los clientes del CRC que hayan recibido beneficios de AAP antes de julio del 2007 y la cantidad es más que la cantidad para el actual año fiscal (julio 1 a junio 30) asignada para menores de tres años o más que reciben asistencia de dos oficinas más el suplemento a esa cantidad, continuarán recibiendo la misma cantidad más alta hasta que el niño ya no sea elegible para recibir los beneficios de AAP o hasta que la adopción se disuelva.

9. Yo (o nosotros) estoy de acuerdo en que la cantidad de \$ _____ en beneficios de AAP se pagará a _____ (CANTIDAD) para pagar la colocación fuera del hogar/servicios individualizados de apoyo (wraparound services) para mi (o nuestro) niño.

Este pago de beneficios de AAP está autorizado de _____ hasta _____ (FECHA EN QUE EMPIEZAN LOS PAGOS) (FECHA EN QUE SE TERMINEN LOS PAGOS)

Yo (o nosotros) entiendo que el pago de beneficios de AAP no debe exceder la cantidad máxima aprobada por el Estado para un establecimiento para el cual el niño es elegible.

Yo (o nosotros) estoy de acuerdo en que el mes después de la fecha indicada anteriormente en que se deben terminar los pagos, o si es diferente, la fecha en que se termine la colocación fuera del hogar/servicios individualizados de apoyo (wraparound services), la cantidad de beneficios de AAP se cambiará a la cantidad aprobada para un hogar de crianza temporal, la cantidad aplicable de SCI, o la cantidad asignada para menores que reciben asistencia de dos oficinas.

Yo (o nosotros) entiendo que el pago de beneficios de AAP para la colocación fuera del hogar/servicios individualizados de apoyo (wraparound services) no puede exceder 18 meses por cada episodio o condición.

Yo (o nosotros) pido que el pago de beneficios de AAP se haga directamente a _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

Yo (o nosotros) estoy de acuerdo en pagar directamente a _____ los fondos de AAP que recibo. (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

Yo (o nosotros) pido que se emitan dos cheques: uno en la cantidad de \$ _____ para _____ (NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO/PROVEEDOR) y un cheque en la cantidad de \$ _____ para _____ (NOMBRE DE LOS PADRES ADOPTIVOS)

10. Yo (o nosotros) entiendo que el pago de beneficios de AAP continuará a menos que ocurra uno de los siguientes:
- El niño cumple los 18 ó 21 años de edad.
 - Yo (o nosotros) ya no soy legalmente responsable de la manutención del niño.
 - Yo (o nosotros) ya no proporciono ningún tipo de manutención al niño.
11. Yo (o nosotros) estoy de acuerdo en avisarle inmediatamente a la oficina pública responsable si ocurre alguno de los siguientes:
- Hay un cambio en la dirección postal y/o el estado de residencia.
 - El niño ya no reside en el hogar de la familia.
 - Yo (o nosotros) ya no proporciono ningún tipo de manutención al niño.
 - Yo (o nosotros) ya no soy legalmente responsable de la manutención del niño.

El no reportar estos cambios pudiera resultar en un pago excesivo el cual se puede recuperar por medio de un cobro directo o una reducción en los beneficios de AAP actuales y futuros.

12. Yo (o nosotros) entiendo que _____ (NOMBRE DEL NIÑO) continuará siendo elegible para recibir beneficios de AAP

provenientes del Estado de California sin considerar en qué estado yo/nosotros resido. Si algún servicio que el niño necesite no está disponible en el estado donde yo/nosotros resido, _____ (CONDADO DE ORIGEN QUE TIENE LA RESPONSABILIDAD ECONÓMICA) tendrá la responsabilidad económica para los servicios que se necesiten.

13. Yo (o nosotros) entiendo que bajo los términos de este convenio, el niño es elegible para recibir beneficios de AAP bajo el Título IV-E (federal) así como servicios bajo el Título XIX (asistencia médica en otro estado, conocida en inglés como "Medicaid") y el Título XX (Servicios Sociales) del Decreto Federal sobre el Seguro Social. Si yo (o nosotros) vivo en o me mudo a otro estado, _____ (OFICINA PÚBLICA RESPONSABLE) le ayudará al niño a obtener estos servicios

proporcionando servicios de información y referencia.

Yo (o nosotros) entiendo que bajo los términos de este convenio, el niño es elegible para recibir beneficios de AAP del Estado y servicios de Medi-Cal pagados con fondos estatales. Si yo (o nosotros) vivo en o me mudo a otro estado, _____ (OFICINA PÚBLICA RESPONSABLE) le ayudará al niño a obtener servicios médicos

proporcionando servicios de información y referencia. Por medio de este convenio, yo (o nosotros) entiendo que el acceso a servicios del cuidado de la salud para mi (o nuestro) niño dependerá en qué estado yo (o nosotros) vivo, ahora o en el futuro, y si dicho estado ofrece o no los beneficios de COBRA (un tipo de seguro médico temporal) recíprocamente a niños que reciben beneficios de Medi-Cal pagados con fondos del Estado de California. Esto significa que si yo (o nosotros) vivo en o me mudo a otro estado que no tiene un acuerdo mutuo con California, es posible que no se pudiera obtener cobertura para el cuidado de la salud para mi (o nuestro) niño a través del programa de Medicaid de dicho estado debido al hecho de que el niño recibe beneficios de AAP.

14. Yo (o nosotros) entiendo que el niño no será elegible para recibir beneficios de AAP después de que cumpla los 18 años de edad, **a menos que** tenga una discapacidad mental o física que justifique la continuación de estos beneficios hasta la edad de 21 años. Antes de que el niño cumpla los 18 años de edad, yo (o nosotros) le avisaré a la oficina pública responsable y pediré que ellos evalúen las necesidades de mi (o nuestro) niño para la continuación de los beneficios de AAP después de la edad de 18 años.

15. Yo (o nosotros) entiendo que el niño no será elegible para recibir beneficios de AAP después de que cumpla los 18 años de edad, **a menos que** el convenio inicial fue firmado cuando el niño tenía al menos 16 años de edad y el niño cumplirá los 18 años de edad en o después del primero de enero del 2012; y uno de los cinco siguientes requisitos se satisfaga:

1. El niño está completando la preparatoria (*high school*) o un programa equivalente; o
2. El niño está inscrito en una escuela post-secundaria o vocacional; o
3. El niño está participando en un programa o una actividad que promueve el empleo o que quita las barreras para encontrar un empleo; o
4. El niño trabaja al menos 80 horas por mes; o
5. El niño no puede participar en ninguna de las actividades (Número 1 - Número 4) mencionadas anteriormente debido a una discapacidad mental o física.

Yo (o nosotros) tengo la responsabilidad de solicitar la extensión de beneficios antes de que el niño cumpla los 18 años de edad y también tengo la responsabilidad de proporcionar documentación a la oficina pública responsable de que el niño cumple uno de los cinco requisitos de participación mencionados anteriormente.

16. Yo (o nosotros) entiendo que a partir del primero de julio del 2012, es posible que aumente automáticamente la cantidad básica de beneficios aprobados para un hogar de crianza temporal en relación al niño a causa del aumento anual en el Índice de California sobre las Necesidades (CNI) si es que ocurre tal aumento. Yo (o nosotros) entiendo que la oficina pública responsable me (o nos) enviará una "Notificación de acción" informándome sobre el cambio en la cantidad básica para un hogar de crianza temporal debido al aumento en el CNI.

SECCIÓN II (Convenio aplazado)

Yo (o nosotros) entiendo que _____ (NOMBRE DEL NIÑO) es elegible para recibir beneficios de AAP y aunque no se necesita asistencia en este momento, yo (o nosotros) entiendo que puedo solicitar estos beneficios en cualquier momento.

SECCIÓN III FIRMAS / SECTION III SIGNATURES

| | | | |
|--|--------|-----------------------|--------|
| PADRE/MADRE ADOPTIVO: | FECHA: | PADRE/MADRE ADOPTIVO: | FECHA: |
| CHILD'S AGENCY REPRESENTATIVE: | DATE: | CHILD'S AGENCY NAME: | |
| FAMILY'S AGENCY REPRESENTATIVE (CO-OP PLACEMENT ONLY): | DATE: | FAMILY'S AGENCY NAME: | |