

Departamento de Servicios para Niños y familias
del Estado de Illinois

**SOLICITUD DE
ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN**

(LA SECCIÓN I SERÁ COMPLETADA POR EL TRABAJADOR)

Si no desea solicitar asistencia para la adopción, complete las secciones I, II y III.

Si desea solicitar asistencia para la adopción, complete las secciones I, II y IV.

I. INFORMACIÓN DEL PADRE ADOPTIVO Y DEL NIÑO

Padre adoptivo

Número de teléfono de casa

Padre adoptivo

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del niño

_____/_____/_____
Fecha de nacimiento

II INFORMACIÓN RESPECTO A LA ASISTENCIA PARA LA ADOPCIÓN

La siguiente información es respecto a la disponibilidad de asistencia para la adopción para el niño que planea adoptar. Por favor indique el tipo de asistencia para la adopción que desea solicitar.

1. Gastos no recurrentes por asistencia para la adopción

Pago único por los gastos incurridos durante y en relación con el proceso de adopción. Los gastos elegibles incluyen, pero no se limitan a, las tarifas de adopción razonables y necesarias, costos judiciales, honorarios de abogados, honorarios de tutores ad litem, gastos de viaje relacionados con las visitas de pre-colocación, exámenes médicos y psicológicos y otros costos asociados con la adopción legal de un niño con necesidades especiales sometido a un máximo establecido por el Departamento de \$ 1,500 por niño adoptado.

- A) Las familias que deseen solicitar el reembolso de gastos no recurrentes de adopción presentarán la Solicitud CFS 1800-B-A al Coordinador/Supervisor pertinente.
- B) La aprobación no se dará por cualquier parte de los gastos de adopción no recurrentes que son pagados o reembolsados a través de otro programa estatal o federal.

Nombre del niño: _____

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

- C) Tras la aprobación de DCFS para pagar o reembolsar los gastos no recurrentes, el trabajador deberá enviar el CFS 1800-C-A a la familia para su firma.
- D) Los padres adoptivos firman el CFS 1800-D Pago Directo al Abogado para autorizar el pago directo al abogado que maneja la adopción si el abogado es miembro del Panel de Abogados para la Adopción a Nivel Estatal. Si el abogado no es miembro del Panel de Abogados para la Adopción a Nivel Estatal, el padre adoptivo es responsable de pagar los honorarios legales. El padre adoptivo puede ser reembolsado por los gastos legales con la presentación de una factura que indique que los honorarios fueron pagados en su totalidad y una copia de la Orden judicial para la adopción.

Yo solicito esta asistencia. **Yo no** solicito esta asistencia.

2. Pago mensual en efectivo

El monto del pago mensual en efectivo se determina de acuerdo con las Reglas y Procedimientos 302.310 del DCFS y no excederá la cantidad que el niño recibe en su casa actual de acogida a menos que el niño esté en una colocación familiar sin licencia. En tal caso, con la finalización de la adopción, la familia adoptiva podrá recibir hasta la tasa correspondiente a hogares con licencia de familia de acogida del DCFS.

Yo solicito esta asistencia. **Yo no** solicito esta asistencia.

3. Una tarjeta Medicaid

Una tarjeta Medicaid será emitida para el niño una vez completada la adopción. Esta tarjeta deberá ser usada para todos los servicios Medicaid elegibles obtenidos por medio de proveedores registrados de Medicaid que no son pagaderos por medio de un seguro de salud o por medio de otros recursos públicos. Si no hay un proveedor registrado de Medicaid en 25 millas desde la casa del niño, los servicios pueden ser obtenidos por medio de un proveedor que no participe en el programa Medicaid de Illinois. Si los padres adoptivos, quienes residen en Illinois, se mudan a otro estado en el futuro, el niño puede no ser elegible para una tarjeta Medicaid en ese estado ya que los requisitos de elegibilidad para un niño en Medicaid varían de un estado a otro. Cuando una familia se muda fuera del estado o reside fuera del estado y el nuevo estado no proporciona cobertura de Medicaid, Illinois reembolsará a la familia adoptiva a la tasa de Medicaid de Illinois por los servicios elegibles. Si un proveedor médico de fuera del estado participa en el programa Medicaid de Illinois, el proveedor facturará al programa Medicaid de Illinois.

Yo solicito esta asistencia. **Yo no** solicito esta asistencia.

Nombre del niño: _____

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

4. Pago de otros servicios aprobados

a) **Necesidades no pagaderas por medio de otras fuentes**

Este pago está disponible para la salud médica, mental y emocional necesarias que no se pueden pagar a través de seguros o de los recursos públicos que están asociados con una condición pre-existente documentada en la Solicitud de Asistencia para la Adopción CFS 1800-B-A antes de la finalización de la adopción. El pago no puede ser realizado hasta que el Departamento haya sido notificado por escrito que dichos servicios comenzarán, haya aprobado la solicitud de dichos servicios y se haya realizado un contrato (cuando corresponda) con el proveedor identificado. El reembolso del Departamento estará limitado a lo que es usual, habitual y razonable en la comunidad, según lo determine el Departamento.

Servicios actuales no pagaderos por medio de otras fuentes:

El niño se encuentra recibiendo los siguientes servicios que serán continuados una vez finalizada la adopción. Incluya solamente aquellos servicios que no son pagados por medio de otras fuentes y que son permitidos según la Regla 302.310 Asistencia para la Adopción (Agregue páginas adicionales de ser necesario);

<u>Servicio</u>	<u>Proveedor actual</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Yo solicito esta asistencia. **Yo no** solicito esta asistencia.

b) **Cuidado diurno terapéutico**

El cuidado diurno terapéutico se ofrece a los niños que no pueden ser atendidos en los servicios de guardería tradicionales u otros programas de la infancia a causa de su incapacidad para participar en estos programas y por la intensidad de los servicios que necesitan como consecuencia de sus discapacidades físicas, mentales o emocionales.

El pago se efectuará por cuidado diurno terapéutico sólo a aquellos niños que está determinado tienen una discapacidad, que requiere servicios de educación especial a través de un actual, Plan de Educación Individual (IEP), un Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP) o un Plan de Necesidades Educativas Especiales 504, actualizado al menos una vez al año, cuando dicho cuidado diurno no se puede pagar a través de otra fuente. Para que el pago sea realizado, el trabajador debe obtener una copia del IEP, IFSP o Plan de Necesidades Educativas Especiales 504 actual.

Nombre del niño: _____

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

- i. Se puede realizar el pago por cuidado diurno terapéutico que proporcione intervención terapéutica y no sólo los servicios de cuidado regulares. El servicio de cuidado diurno debe incluir el tratamiento de una discapacidad o una enfermedad como una parte integral de la programación (es decir, del habla, terapia física u ocupacional, modificación del comportamiento, psicológica o servicios psiquiátricos).
- ii. La aprobación del pago de servicios de cuidado diurno terapéutico requiere documentación de la incapacidad médica específica, mental o emocional del niño, como se indica en el plan IEP, IFSP o plan 504 y la capacitación especial, la concesión de licencias o credenciales del individuo que proporciona el cuidado terapéutico.
- iii. El pago por cuidado diurno terapéutico no puede ser realizado hasta que el Departamento haya sido notificado que dichos servicios comenzarán, haya aprobado la solicitud de dichos servicios y se haya realizado un contrato con el proveedor identificado (cuando corresponda).
- iv. El reembolso del Departamento estará limitado a lo que es usual, habitual y razonable en la comunidad, según lo determine el Departamento.

Yo solicito esta asistencia. **Yo no** solicito esta asistencia.

c) Cuidado diurno para niños menores de 6 años relacionado con el empleo

Los padres adoptivos que reciban asistencia para un niño menor de 6 años son elegibles para el pago de servicios de cuidado diurno para ese niño, si el cuidado diurno es requerido debido a uno de los siguientes. (Seleccione la casilla correspondiente).

- i. El empleo del padre o su participación en un programa de capacitación que llevará al empleo.
- ii. Un padre adoptivo soltero que esté empleado o ambos padres en un hogar adoptivo de dos padres se encuentren trabajando o en un programa de capacitación.
- iii. Uno de los padres trabaja y el otro padre no puede cuidar del niño por su discapacidad.

Yo solicito esta asistencia. **Yo no** solicito esta asistencia.

Nombre del niño: _____

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

III. DENEGACIÓN DE LA ASISTENCIA

El programa de asistencia para la adopción se me/nos ha explicado y yo/nosotros entendemos que hay beneficios disponibles para los niños elegibles. Sin embargo, yo/nosotros no queremos solicitar cualquiera de los componentes de las prestaciones o servicios de asistencia para la adopción como se detalla en la Sección II de este documento.

Yo/Nosotros entendemos que, como consecuencia de esta negativa, no podremos solicitar o recibir cualquiera de los beneficios o servicios disponibles bajo el programa de Asistencia para la Adopción después de la finalización de la adopción.

Padre adoptivo

Fecha

Padre adoptivo

Fecha

IV. CONFIRMACIÓN

Yo/Nosotros, los abajo firmantes, por medio de la presente solicitamos la asistencia para la adopción del Departamento de Servicios para Niños y Familias del Estado de Illinois (DCFS).

1. Yo/Nosotros entendemos que los pagos de asistencia para la adopción relacionados con la salud de no se pueden hacer si mi/nuestra cobertura de seguro de salud o los recursos de la comunidad, incluyendo DPA Medicaid, puede cumplir adecuadamente con las necesidades relacionadas con la salud del niño.
2. Yo/Nosotros entendemos que el Departamento no puede pagar los deducibles de seguro de salud o hacer copagos por servicios médicos, ni complementar pagos relacionados con la salud realizados por el seguro médico o DPA Medicaid.

Información a ser proporcionada por los padres adoptivos.

Seleccione la casilla si el niño será asegurado por el proveedor de seguro de salud de la familia.

Nombre de la compañía _____ Número de póliza _____

Nombre del niño: _____

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

3. Yo/Nosotros entendemos que después de la adopción del niño, debo/debemos solicitar dichos beneficios financieros a los que el niño pueda tener derecho (como el Ingreso Suplementario de Seguridad o Beneficios para Veteranos).

El niño es actualmente elegible para:

Beneficio	Monto	Verificado por	Fecha
<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro social	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	_____	_____	_____

Cualquier beneficio que el niño reciba actualmente puede verse afectado por la asistencia a través de los programas de Asistencia para la Adopción-

4. Yo/Nosotros no podemos adoptar al niño sin asistencia.
5. Yo/Nosotros entendemos que la siguiente información es necesaria para que el Departamento cumpla con las exigencias de información de la Adopción y Análisis Familiar de Acogimiento y Presentación de Informes (AFCARS) según lo indica la Sección 479 y 1123A de la Ley del Seguro Social.

Padre adoptivo # 1:

Padre adoptivo # 2:

Fecha de nacimiento ___/___/_____

Fecha de nacimiento ___/___/_____

Seleccione todos los que apliquen.

Seleccione todos los que apliquen.

- RAZA: Negro o Afro americano
 Blanco.
 Indio americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Asiático nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 No determinado

- RAZA: Negro o Afro americano
 Blanco.
 Indio americano/Nativo de Alaska
 Asiático
 Asiático nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 No determinado

De origen hispano(S/N): ___

De origen hispano (S/N): ___

ESTADO CIVIL: Casado Unión Civil

Madre soltera Padre soltero

Nombre del niño: _____

Nombre de los padres adoptivos: _____

Fecha: _____

6. Yo/Nosotros comprendemos que Yo/Nosotros podemos apelar la determinación del DCFS con respecto a esta solicitud según el 89 Ill. Adm. Parte 337 del Código, Proceso de Apelación de Servicios.

Los padres adoptivos pueden apelar la decisión del Departamento con respecto al pago por asistencia para la adopción según el 89 Ill. Adm. Parte 337 del Código, Proceso de Apelación de Servicios.

Decisiones o acciones tomadas por el Departamento se apelan una vez que el padre adoptivo ha recibido la notificación de la decisión o la acción. Cualquier notificación escrita del Departamento proporcionará información específica sobre los derechos de apelación de los padres adoptivos, tutores y padres de acogida.

Para apelar una decisión o acción tomada por el Departamento, se debe solicitar por escrito la apelación de servicios a:

Unidad de Audiencias Administrativas
Departamento de Servicios para Niños y Familias
406 E. Monroe, Station 15
Springfield, IL 62701
217.782-6655

7. Yo/Nosotros hemos leído y entendemos la solicitud.

Padre adoptivo SS# _____ - _____ - _____

Padre adoptivo SS# _____ - _____ - _____

Fecha