

Departamento de Servicios para Niños y Familias  
del Estado de Illinois

**Entendimiento de Futura Elegibilidad  
para el Programa Intensificado de Tutela y Servicios de Adopción Subsidiado**

Yo, \_\_\_\_\_, el(la) tutor legal/padre/madre adoptivo(a) propuesto(a),  
entiendo que, \_\_\_\_\_, quien tiene \_\_\_\_\_ años de edad, por el  
(Nombre del niño)

cual yo seré responsable legalmente, califica para el Programa Intensificado de Tutela y Servicios de  
Adopción Subsidiado. Esto significa que, cuando \_\_\_\_\_  
(Nombre del niño)

cumpla la edad aprobada para el programa, el(ella) calificará para el grupo de servicios intensificados,  
el cual incluye Jóvenes en la Universidad/Capacitación Vocacional, Programa de Incentivo de Empleo,  
Asistencia Económica para Vivienda, Capacitación de Habilidades de vida, y Vales para Educación y  
Capacitación.

Entiendo que \_\_\_\_\_ deberá cumplir con los requisitos necesarios  
(Nombre del niño)

establecidos para cada programa. *Por ejemplo, un adolescente debe tener 17 años de edad para cualificar  
para el Programa de Jóvenes en la Universidad.*

Para tener acceso a estos servicios, me pondré en contacto con el Gerente del Servicio de Transición de  
la Oficina Regional del DCFS\_\_\_\_\_. Una vez que yo llame a la Oficina  
Regional, recibiré por correo un paquete de referencia relacionadas a estos programas que me  
proporcionarán información en como acceder a los servicios.

También entiendo que mi hijo(a) permanecerá elegible en el futuro para programas similares que  
DCFS pueda tener en caso de que cualquiera de los programas de DCFS mencionados arriba sean  
modificados entre ahora y el tiempo en que mi hijo(a) alcance la edad requerida para calificar al  
programa.

\_\_\_\_\_  
Tutor legal/Padre/Madre Adoptivo(a) Propuesto(a)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Trabajador(a) del Caso

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Coordinador de Adopción del DCFS/Equipo de Adopción POS

\_\_\_\_\_  
Fecha