

Número de Caso del Condado: _____

ACUERDO DE ASISTENCIA POR ADOPCION DE CAROLINA DEL NORTE

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE _____

Este Acuerdo de Asistencia por Adopción ha sido realizado por y entre el Departamento de Servicios Sociales del Condado de _____, localizado en: _____

Ciudad Dirección Física
_____, North Carolina (_____) _____
Código Postal Número de Teléfono

Al cual de aquí en adelante se la llama "la agencia" y

_____ con domicilio en:
Nombre Completo de los Padres Adoptivos

Domicilio

_____, North Carolina (_____) _____
Ciudad Código Postal Número de Teléfono

A los cuales de aquí en adelante de se llamará "los padres adoptivos", con el propósito de facilitar la adopción de:

_____ nacido en _____, y para ayudar a la familia
Primer Nombre del Niño Fecha de Nacimiento

a proporcionar un cuidado adecuado para este niño.

Yo / Nosotros, los padres prospectivos estamos de acuerdo en que: deseamos adoptar hemos adoptado

_____ y hemos firmado este documento: antes después
Primer Nombre del Niño

de la adopción, para que el niño reciba *Asistencia por Adopción* y otros beneficios a los cuales tiene derecho.

DISPOSICIONES DE ESTE ACUERDO DE ASISTENCIA POR ADOPCION

Yo / Nosotros, los Padres Adoptivos estamos de acuerdo con las disposiciones correspondientes a los beneficios que se han marcado abajo a favor de _____ y para los cuales es elegible.
Primer Nombre del Niño

El niño es elegible para:

- Beneficios IV-E
- Beneficios IV-B

Para el niño que recibe un pago mensual, Yo / Nosotros y la agencia entendemos y estamos de acuerdo que esto es basado en las necesidades del niño. La cantidad del pago no excede la cantidad del pago de cuidado Foster de _____ si en niño permaneciera en una familia Foster.

Nombre del niño

Ajustes en los pagos mensuales se pueden hacer si los *Padres Adoptivos* y la *Agencia* están de acuerdo, basados en cambios en las necesidades del niño, circunstancias de la familia adoptiva, o cambios en el límite máximo de *Asistencia para Adopción* permitidos. Se requerirá la documentación de los cambios en las necesidades del niño o de las circunstancias de la familia.

B. SERVICIOS DE POST-ADOPCION

Yo / Nosotros y la Agencia estamos de acuerdo en que servicios post-adopción serán provistos de acuerdo con la disponibilidad de los servicios y recursos de la agencia y la comunidad. Yo / Nosotros entendemos que los servicios de post-adopción no son una continuación de supervisión sino un servicio de la agencia proporcionado según se necesite y solicitado por cualquiera de las partes involucradas en la adopción.

C. BENEFICIOS DE ASISTENCIA DE ADOPCION PARA NIÑOS EN OTROS ESTADOS

1. Si el niño es elegible para Beneficios del Título IV-E, se deben de proveer beneficios bajo el *Título XIX del Acta de Seguridad Social (Medicaid)* y Servicios Sociales de la forma como esta estipulado bajo el *Título XX del Acta de Seguridad Social* estarán disponibles para _____ de acuerdo a los procedimientos del estado en que reside el niño. Nombre del niño
2. Si el niño es elegible para beneficios del Título IV-B y la familia reside en un estado que es miembro de *Adopción Compactada Interestatal y Asistencia Médica (ICAMA)*, el niño será elegible para cobertura de Medicaid de acuerdo a lo provisto en el estado en que viven los padres adoptivos.
3. Los siguientes procedimientos son necesarios para asegurar la protección del niño de recibir cuidado medico (Título XIX) y servicios sociales (Título XX) en el caso de los niños que viven en otro estado. Estos procedimientos son aplicables aun si el niño se muda antes de la finalización del proceso de adopción legal. Los padres adoptivos deben de proporcionar a la agencia su dirección fuera del estado, incluyendo los nombres de los padres adoptivos y el niño.
 - a. La Agencia proporcionara a las autoridades correspondientes en el estado en que residen los padres adoptivos, la dirección y la documentación indicando la elegibilidad del niño para *Asistencia para Adopción*. **Incluyendo las formas para la Adopción Compactada Interestatal y Asistencia Medica (ICAMA)**. La Agencia solicitara al estado de residencia que notifique a los padres adoptivos con quien tienen que contactarse y los pasos necesarios para solicitar Medicaid y los servicios bajo el Título XX, de la forma como son provistos en ese estado.
 - b. Los padres adoptivos serán responsables de continuar con el proceso de solicitud para asegurarse de que cuidado medico y servicios sociales serán provistos para el niño de acuerdo a los procedimientos y provisiones del estado de residencia.

D. AVISO DE CAMBIO

1. Los padres adoptivos deberán notificar por escrito inmediatamente a la agencia, cualquier cambio de dirección, para que no haya retrasos en los beneficios.
2. Los padres adoptivos deberán notificar por escrito inmediatamente a la agencia, en caso de que ya no sean legalmente responsables del cuidado y custodia del niño, o si ya no están proveyendo soporte financiero para el niño. Esto incluye, pero no es limitado a remoción de la casa debido a un reporte de abuso o negligencia, casamiento del menor, muerte, o ingreso al servicio militar.
3. La agencia notificará por escrito inmediatamente a los padres adoptivos, cambios en los pagos de *Asistencia para Adopción*; ya sea que los pagos sean un aumento o disminución de beneficios. Otros ajustes harán por solicitud de los padres adoptivos, al tiempo de la solicitud.
4. Los padres adoptivos deberán notificar por escrito inmediatamente a la agencia, si el menor a alcanzado la edad obligatoria para ir a la escuela, pero no se le ha inscrito como estudiante de tiempo completo en la escuela primaria o secundaria, en algún programa de estudio independiente autorizado, o es enseñado en la casa de acuerdo a los requerimientos de la ley estatal o de la jurisdicción que le corresponde, a menos de que el niño haya completado se educación secundaria y no puede asistir a la escuela tiempo completo debido a una condición médica. Se requiere que cada niño que recibe pagos por el Título IV-E este inscrito en la escuela.

E. TERMINACION DE BENEFICIOS DE ASISTENCIA POR ADOPCION PARA UN NIÑO

Los *Beneficios de Asistencia por Adopción* para el niño se pueden terminar debido a cualquiera de las siguientes circunstancias y sobre aviso por escrito a los padres:

1. Por solicitud de los padres adoptivos
2. Cuando el menor cumple los 18 años
3. En caso de fallecimiento del menor
4. En caso de fallecimiento de los padres adoptivos.
5. En caso de terminación de responsabilidad legal de cuidado del niño por parte de los padres adoptivos.
6. En caso de determinación por parte del estado, de que los padres adoptivos no están proveyendo ningún soporte para el niño (“ningún soporte” es definido como varios tipos de soporte financiero tales como pagar por terapia familiar, inscripciones, ropa, mantenimiento, equipo especial en casa, o pagar a alguien más por cuidados para el niño)
7. En caso de matrimonio del menor
8. En caso de que el menor se enliste en las fuerzas armadas
9. En caso de que el menor sea emancipado

F. AVISO DE DERECHO DE APELACION

Yo / Nosotros, los padres adoptivos, podemos apelar la decisión de la agencia de reducir, cambiar o terminar los *Beneficios de Asistencia por Adopción* de acuerdo con las reglas y procedimientos de *Audiencias y Apelaciones Justas* de Carolina del Norte. Yo / Nosotros podemos ser representados por un *Representante Autorizado*, tal como un consejero legal (legal counsel), un familiar, un amigo u otra persona que nos represente. Información de los procedimientos a seguir para hacer una apelación se puede solicitar en esta agencia o en cualquier *Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Norte*.

G. DURACION

Este acuerdo permanecerá en efecto sin importar el estado de residencia del niño y de los padres adoptivos en cualquier tiempo. Este acuerdo expirará permanentemente cuando el menor cumpla dieciocho años a menos de que se termine antes debido a una o más condiciones estipuladas en la Sección E (Terminación de Acuerdo de Asistencia para Adopción).

H. ENMIENDA

Sobre la notificación por parte de los padres adoptivos de un cambio en las condiciones documentadas pre-existentes del niño, una enmienda puede ser hecha en el *Acuerdo de Asistencia por Adopción*.

I. POSPUESTA DE ASISTENCIA POR ADOPCION

El programa de *Asistencia por Adopción* ha sido discutido por nosotros, y entendemos que _____ es elegible para beneficios. Sin embargo declinamos los *Beneficios de Asistencia por Adopción* ^{Nombre del niño} detallados en este acuerdo. Yo / Nosotros entendemos que como resultado de declinar estos beneficios ahora, no será posible solicitar *Beneficios Retroactivos de Asistencia por Adopción* en una fecha posterior. Si en el futuro se solicitan *Beneficios de Asistencia por Adopción*, se harán efectivos el siguiente mes, después del ser recibida la petición por escrito.

Firma Madre Adoptiva Fecha

Firma Padre Adoptivo Fecha

Nombre con letra de molde: Madre Adoptiva

Nombre con letra de molde: Padre Adoptivo

Número de Seguro Social: Madre Adoptiva

Número de Seguro Social: Padre Adoptivo

Firma: Director de Agencia o Designado Fecha

Nombre con letra de molde: Director/Designado

J. CREDITO DE IMPUESTOS POR ADOPCION

Los padres adoptivos pudieran calificar para *Crédito de Impuestos por Adopción* si se pagaron gastos relacionados con la adopción de un menor en *Cuidado Foster*. Los padres adoptivos pueden contactarse con un preparador de impuestos o con la *Oficina de Impuestos (IRS)* al 1-800-829-1040, o a través del sitio del Internet del IRS: <http://www.irs.gov/taxtopics/tc607.html>.

K. CONOCIMIENTO

Al completar y firmar este Acuerdo. Yo / Nosotros certificamos que la información provista es verdadera, precisa y completa a mi mejor saber. Además, Yo / Nosotros sabemos que si intencionalmente proporcionamos información falsa, o una representación falsa, o use métodos fraudulentos para obtener *Beneficios de Asistencia por Adopción*, o más beneficios a los cuales no tenía derecho, pudiera ser encontrado culpable de un delito mayor o menor, bajo leyes estatales y federales.

FIRMAS

El *Acuerdo de Asistencia por Adopción* debe ser completado y firmado por todas las partes **antes de la finalización de la adopción, excepto en una situación cuando una Apelación por Asistencia por Adopción ha determinado que la asistencia fue negada por equivocación.**

Yo / Nosotros, los padres adoptivos y la agencia, hemos leído, entendido y estamos de acuerdo en los términos y provisiones de este Acuerdo.

Firma: Madre Adoptiva Fecha

Firma: Padre Adoptivo Fecha

Nombre con letra de molde: Madre Adoptiva

Nombre con letra de molde: Padre Adoptivo

Número de Seguro Social: Madre Adoptiva

Número de Seguro Social: Padre Adoptivo

Firma: Director de Agencia/Designado Fecha

Nombre con letra de molde: Director / Designado

Una copia firmada del *Acuerdo de Asistencia por Adopción* fue dada o enviada por correo a los padres adoptivos en:

Fecha