

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio
**SOLICITUD DE SUBSIDIO PARA SERVICIOS ESPECIALES DE
 POSTADOPCIÓN**

PARTE I: INFORMACIÓN DE LA AGENCIA	
Nombre la Agencia de Servicios Públicos para Niños	Fecha de la Solicitud

PARTE II: DATOS DE LA FAMILIA			
Nombre del Padre Adoptivo (nombre y apellido)		Nombre de la Madre Adoptiva (<i>nombre y apellido</i>)	
Dirección	Ciudad, Estado y Código Postal	Número de Teléfono ()	
Número de niños a cargo en el hogar	Adoptados	Biológicos	Otro
			Ingreso Familiar Anual

PARTE III: DATOS DEL NIÑO(A)			
Apellido del Niño Adoptivo		Primer Nombre del Niño Adoptivo	Fecha de Nacimiento
Número de Seguro Social		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha en que Finalizó la Adopción
Tipo de Adopción <input type="checkbox"/> Por abogado <input type="checkbox"/> Internacional <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública			¿Fue adoptado el niño por algún familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Describa brevemente el impedimento físico/de desarrollo o condición mental/emocional y adjunte el informe de un profesional cualificado			

PARTE IV: SERVICIOS Y/O TÉCNICA(S) TERAPÉUTICA(S) SOLICITADOS			
TÉCNICA(S) TERAPÉUTICA(S) SOLICITADA(S)			
Estas terapias tratan cuestiones de salud mental, emocional, conductual u de otra clase (<i>Marque todas las que aplican</i>)			
Tipo de Terapia	Nombre del Proveedor	Licenciado por la Junta	Costo de los Servicios
<input type="checkbox"/> Consejería Psiquiátrica			\$
<input type="checkbox"/> Consejería Psicológica			\$
<input type="checkbox"/> Consejería para Abuso de Sustancias			\$
<input type="checkbox"/> Otras (<i>Especifique</i>)			\$
<input type="checkbox"/> Otras (<i>Especifique</i>)			\$
OTROS SERVICIOS SOLICITADOS			\$
<input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Terapia Física	<input type="checkbox"/> Terapia del Habla	\$
De Relevo <input type="checkbox"/> Médicos (\$2,400 MÁXIMO) <input type="checkbox"/> Salud Mental (\$2,400 MÁXIMO) (<i>Marque todos los servicios que aplique</i>)			\$
Relevo Extra <input type="checkbox"/> Médicos (\$2,400 MÁXIMO) <input type="checkbox"/> Salud Mental (\$2,400 MÁXIMO) (<i>Marque todos los servicios que aplican</i>)			\$
<input type="checkbox"/> Equipo Médico	<input type="checkbox"/> Quirúrgico		\$
CUIDADO FUERA DEL HOGAR SOLICITADO			
Tipo de Cuidado Fuera del Hogar	Nombre del Centro de Tratamiento	Licenciado por	Costo de los Servicios
<input type="checkbox"/> Residencia para Tratamiento (<i>EXCLUYENDO COSTOS EDUCACIONALES</i>)			\$
<input type="checkbox"/> Hospitalización para Pacientes Internados			\$
<input type="checkbox"/> Cuidado Terapéutico para Menores en Crianza Temporal			\$
TOTAL DE COSTOS DE TODOS LOS SERVICIOS SOLICITADOS			\$

PARTE V: RECURSOS (Identifique todos los recursos explorados, incluyendo la fecha en que se contactaron e indique la cantidad recibida, (si procediera).			
<input type="checkbox"/> Junta para la Adicción al Alcohol y las Drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Adicción al Alcohol y las Drogas y Salud Mental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Primer Concilio para los Niños y la Familia (ADAMH)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Programa de Recursos Familiares MR/DD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Fondo de Prevención, Retención y Contingencia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Seguro Familiar Privado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Distrito Escolar Público	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Subsidio Estatal para Adopción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Título IV-E Asistencia para Adopción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Título XX Beneficios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Beneficios para Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA	\$
TOTAL RECIBIDO			\$

PARTE VI: DECLARACIÓN

He proporcionado a la Agencia de Servicio Público para Niños (PCSA, por sus siglas en inglés) una copia de **todos** los siguientes documentos:

- declaración clara por escrito de las necesidades especiales de mi hijo(a);
- evaluación de un profesional cualificado;
- cantidad aproximada del costo de los servicios que se proporcionarán;
- información financiera actualizada; y
- póliza de seguros pública o privada a nombre mío para los servicios solicitados, si procediera, y la elegibilidad para los servicios conforme a este programa.

Declaro, bajo pena de falsedad de declaración, que la información proporcionada en esta solicitud es exacta. Entiendo que la verificación de mi situación financiera será requerida. Entiendo y estoy de acuerdo en que PCSA podría contactar a otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de elegibilidad y el nivel de beneficios. Entiendo que en algunos casos, se me podría pedir mi consentimiento para que PCSA haga todos los contactos que considere necesarios para determinar la elegibilidad. Además, doy mi consentimiento para que se entregue esta forma y la documentación de respaldo al comité de revisión establecido conforme a la regla No. 5101:2-44-13 del Código Administrativo de Ohio. También reconozco que la aprobación dependerá de la disponibilidad de fondos estatales para este programa.

Entiendo que como condición para continuar siendo elegible a los fondos PASSS, debo entregar una copia del plan de tratamiento de mi hijo en un plazo de 30 días contados a partir de la visita inicial, siempre y cuando el proveedor de los servicios complete y detalle la(s) intervención(es) terapéutica(s) que proveerá para el período en el que esta solicitud esté vigente.

Entiendo que mi solicitud será revisada veinte días después de que termine cada trimestre durante el año fiscal estatal en el que fuera aprobada. Si los resultados de esta revisión determinan que los fondos aprobados no han sido utilizados, PCSA me notificará, en un plazo de (5) cinco días posteriores a la revisión, de su intención de entregar estos fondos. Tendré (20) veinte días a partir de la fecha de la notificación para entregar todas las facturas pendientes correspondientes a ese trimestre. Si no entrego las facturas a PCSA en un plazo de veinte días, los fondos serán entregados al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio y yo seré económicamente responsable por cualquier saldo pendiente relacionado con estas facturas.

Firma del Padre Adoptivo	Fecha	Firma de la Madre Adoptiva	Fecha
--------------------------	-------	----------------------------	-------

DERECHO A UNA AUDIENCIA ESTATAL: Usted tiene derecho a una audiencia estatal ante el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio en caso de que su solicitud sea rechazada o cuando no esté de acuerdo con otras medidas tomadas respecto a su solicitud. Para una explicación más completa sobre sus derechos para una audiencia y el proceso de audiencia, por favor lea la forma JFS 04059 "Explicación de los Procedimientos para Audiencias del Estado". Le deben proporcionar una copia de la forma JFS 04059 junto con esta solicitud.

SE REQUIERE LLENAR ESTA FORMA PARA EL ESTABLECIMIENTO DEL SUBSIDIO PARA SERVICIOS ESPECIALES DE POSTADOPCIÓN.