

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio
**SOLICITUD PARA FONDOS ADICIONALES (PASSS) SUBSIDIADOS PARA
SERVICIOS ESPECIALES DE POSTADOPCIÓN**
Para Circunstancias Extraordinarias

Agencia de Servicios Públicos para Niños		Fecha de la Solicitud	
Nombre del Niño(a): Apellido		Nombre	
Fecha de Nacimiento		Número de Seguro Social	
Nombre del Padre Adoptivo		Nombre de la Madre Adoptiva	
Dirección	Ciudad	Estado OHIO	Código Postal
<p>Estoy solicitando fondos adicionales PASSS por la cantidad de \$ _____ para el niño arriba mencionado debido a una de las siguientes circunstancias:</p> <p><input type="checkbox"/> Pérdida involuntaria del empleo durante el Año Fiscal Estatal (SFY, por sus siglas en inglés) en el que esta solicitud fue hecha y los servicios requeridos exceden los diez mil dólares iniciales proporcionados, o</p> <p><input type="checkbox"/> Un profesional cualificado ha recomendado una residencia para tratamiento, hospitalización para pacientes internados o cuidado terapéutico para menores en crianza temporal (se adjunta una copia de esta recomendación) para mi niño anotado arriba a fin de prevenir que se interrumpa la adopción.</p> <p>Este fondo adicional PASSS será usado para completar los siguientes servicios: _____</p>			
<p>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 la 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. 51 01:2-44-13 de Código Administrativo de Ohio. También reconozco que la aprobación dependerá de la disponibilidad de fondos estatales para este programa.</p> <p>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, la 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 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</p>			
_____ Firma del Padre Adoptivo		_____ Firma de la Madre Adoptiva	
_____ Fecha		_____ Fecha	
<p>SE REQUIERE LLENAR ESTA FORMA PARA SOLICITAR FONDOS ADICIONALES SUBSIDIADOS PARA SERVICIOS ESPECIALES DE POSTADOPCIÓN.</p> <p>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 negada o cuando no esté de acuerdo con otras medidas tomadas respecto a su solicitud. Para una explicación más completa sobre sus derechos a una audiencia y al 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.</p>			

PARA USO EXCLUSIVO DE ODJFS

Esta solicitud cumple con la Regla OAC 5101:2-44-13.1 Sí No
Esta solicitud es aprobada por la cantidad de \$ _____ Esta solicitud está aprobada parcialmente por la cantidad de \$ _____
Esta solicitud ha sido negada debido a: Circunstancias extraordinarias no establecidas Fondos del estado no disponibles
 Servicios no adecuados Edad del niño El niño está en custodia de una PCSA o PCPA
 Otra _____

Firma del Revisor(a) de ODJFS

Fecha

**Instrucciones para Llenar la Forma JFS 01051
Solicitud para Fondos Adicionales (PASSS) Subsidiados para Servicios Especiales de Postadopción
para Circunstancias Extraordinarias**

****Nota: Se debe llenar una solicitud separada para cada niño(a).****

Nombre de la Agencia de Servicios Públicos para Niños (PCSA, por sus siglas en inglés):

Escriba el nombre de la PCSA en donde se entregará esta solicitud.

Fecha de la Solicitud: Anote el mes, día y año en que esta solicitud fue llenada y entregada a la PCSA.

Nombre del Niño Adoptivo: Escriba el nombre y apellido del niño adoptivo.

Fecha de nacimiento: Anote mes, día y año en que nació el niño adoptivo.

Número de Seguro Social: Anote el número de seguro social del niño adoptivo. Si el niño adoptivo no ha recibido un número de seguro social al momento de la solicitud, por favor informe esto en esta parte e incluya cualquier otro número de identificación (por ejemplo número de visa).

Nombre del Padre Adoptivo: Apunte el nombre y el apellido del padre adoptivo.

Nombre de la Madre Adoptiva: Escriba el nombre y el apellido de la madre adoptiva.

Dirección y Número de Teléfono de la Familia Adoptiva: Anote la calle, ciudad, estado, código postal y número de teléfono actuales de la familia adoptiva.

Monto de los Fondos Adicionales PASSS Solicitados: Escriba el monto de fondos adicionales PASSS solicitados. Conforme a la sección 5101:2-44-1 3.1(H)(1) y (2), las familias podrán solicitar hasta \$5,000 dólares adicionales por niño por año fiscal estatal si una o ambas circunstancias extraordinarias existe. Elija la casilla que refleje la circunstancia extraordinaria que existe. Especifique para qué servicios se usarán los fondos adicionales PASSS.

Firma del padre o madre adoptiva: Al firmar esta solicitud, usted confirma que la información proporcionada en esta solicitud es exacta y admite estar enterado de que le solicitarán que proporcione verificación de su situación financiera. De acuerdo con el Código Revisado de Ohio, apartado 2921.13, es un delito menor, en primer grado, falsificar, sabiendo, declaraciones para obtener beneficios administrados por una agencia de gobierno o para que tales beneficios sean pagados de fondos públicos.

Derecho a una Audiencia Estatal: Esta parte de la solicitud le informa acerca de su derecho de solicitar una audiencia estatal cuando no esté de acuerdo con la decisión hecha respecto a su solicitud.

Para Uso Exclusivo de ODJFS: Esta parte de la solicitud la usará el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio y la Oficina de Servicios a la Familia, para aprobar o negar la forma JFS 01051 y para indicar la cantidad de fondos que van a proporcionarse, si procediera.