

**TIỂU BANG CONNECTICUT  
SỞ TRẺ EM VÀ GIA ĐÌNH  
THỎA THUẬN GIÁM HỘ ĐƯỢC TRỢ CẤP**

<b>Office use only</b>		
ACCESS	_____ EMS	_____ «EMS»
LINK P-	_____ «Prov»	C- _____ «Case»
RATE: <u>«Rate»</u>		

Sau đây là đánh giá về thỏa thuận được ký kết bởi và giữa DCF và (những) người giám hộ được quyền trợ cấp:

GIÁM HỘ #1: «**Mother**» «**FamilyLast**»                      GIÁM HỘ # 2: «**Father**» «**FamilyLast**»  
TRẺ EM: «**ChildFirst**» «**ChildLast**» (Sau đây gọi là TRẺ EM)    NGÀY SINH: «**Birthdate**»  
SỐ AN SINH XÃ HỘI CỦA TRẺ: «**SocSec**»                      \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ: «**StreetAddress**»                      \_\_\_\_\_  
THỊ TRẤN, BANG, ZIP: «**Town**», «**ST**» «**ZIP**»                      \_\_\_\_\_  
SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ: «**Phone**»

**I. LOẠI TRỢ CẤP:**

Trợ cấp và y tế **CÓ**                      Chỉ Trợ cấp Hàng tháng **KHÔNG**  
Khoản thanh toán trợ cấp hàng năm «**Annual Subsidy**» được dựa trên mức «**PD**» trợ cấp chi dùng hàng ngày.

**II. BẢO HIỂM Y TẾ TƯ NHÂN (Đánh dấu một ô bên dưới)**

ĐƯA TRẺ **KHÔNG THUỘC** bảo hiểm tư nhân của tôi.                       ĐƯA TRẺ **THUỘC** bảo hiểm y tế tư nhân của tôi.

**III. TÔI/CHÚNG TÔI LÀ NGƯỜI GIÁM HỘ ĐƯỢC QUYỀN TRỢ CẤP CỦA TRẺ HIỂU RẰNG:**

- A. Nếu tôi/chúng tôi rời khỏi tiểu bang, Đại diện Khế ước Liên Tiểu bang (Connecticut Interstate Compact) sẽ giới thiệu TRẺ, nếu Tiêu đề IV-E đủ điều kiện, đối với cơ quan nhà nước quản lý chương trình Giám hộ được quyền trợ cấp ở tiểu bang mới, cư trú để bảo vệ quyền lợi của TRẺ và để đảm bảo rằng (các) dịch vụ y tế cần thiết được chỉ định trong Thỏa thuận giám hộ được quyền trợ cấp ban đầu được cung cấp.
- B. Sở Trẻ em và Gia đình, Bang Connecticut, sẽ chịu trách nhiệm thanh toán trợ cấp hàng tháng trong suốt thời gian của thỏa thuận này.
- C. Nếu tôi/chúng tôi chuyển đi, thì thỏa thuận này vẫn có hiệu lực, bất kể tình trạng cư trú của tôi/chúng tôi.
- D. Trợ cấp tài chính và y tế có thể tiếp tục cho đến sinh nhật lần thứ mười tám (18) của TRẺ và cho đến sinh nhật lần thứ hai mươi (21) của TRẺ nếu TRẺ đi học toàn thời gian tại trường trung học, trường kỹ thuật, cao đẳng hoặc chương trình đào tạo nghề được nhà nước công nhận.
- E. Bảo hiểm sức khỏe gia đình của tôi/chúng tôi sẽ được xem xét để đáp ứng các chi phí y tế của trẻ.
- F. Tôi/chúng tôi phải thông báo cho DCF bất cứ khi nào có sự thay đổi về thu nhập hoặc tài sản của TRẺ.
- G. Trợ cấp y tế và/hoặc trợ cấp hàng tháng có thể được sửa đổi khi có thay đổi:
  - a. theo nhu cầu của TRẺ.
  - b. theo thu nhập hoặc tài sản của TRẺ.
  - c. theo mức chăm sóc nuôi dưỡng của DCF (tăng/giảm) áp dụng cho tuổi của TRẺ này.
- H. Nếu TRẺ đang nhận trợ cấp An sinh xã hội hoặc SSI (Thu Nhập An Sinh Bổ Sung) và có sự thay đổi về mức phúc lợi, thì trợ cấp giám hộ sẽ được điều chỉnh đồng đô la theo đô la theo thay đổi.
- I. Sở Trẻ em và Gia đình sẽ tiến hành đánh giá hàng năm để đánh giá sự cần thiết phải tiếp tục hoặc sửa đổi số tiền và/hoặc thời gian trợ cấp tài chính và trợ cấp y tế.
- J. Nếu tôi/chúng tôi không gửi đánh giá hàng năm cho DCF trước ngày hết hạn đã chỉ định, thì tất cả các khoản trợ cấp đều có thể bị chấm dứt.
- K. Chấm dứt thỏa thuận này sẽ xảy ra:
  - a. khi tôi/chúng tôi ngừng cung cấp hỗ trợ tài chính cho TRẺ vì bất kỳ lý do gì, bao gồm, nhưng không giới hạn, việc trả TRẺ về cho cha mẹ chúng.
  - b. TRẺ đến tuổi mười tám (18) [hoặc hai mươi mốt (21) nếu TRẺ đi học toàn thời gian tại trường trung học, trường kỹ thuật, cao đẳng hoặc chương trình đào tạo nghề được nhà nước công nhận].
  - c. trong trường hợp tôi/chúng tôi chết.
  - d. trong trường hợp ĐƯA TRẺ chết.

- L. Tôi/chúng tôi hoàn toàn chịu trách nhiệm với TRẺ và gia đình tôi/chúng tôi độc lập với DCF ngoại trừ nghĩa vụ của tôi/chúng tôi là phải thông báo cho DCF về những thay đổi quan trọng và tuân thủ các yêu cầu đánh giá hàng năm.
- M. Thỏa thuận này phải được gia hạn hàng năm bởi người giám hộ và Sở Trẻ em và Gia đình.

**IV.**

- A. **Tôi/Chúng tôi đồng ý thông báo cho Bộ Phận Trợ Cấp của Sở Trẻ Em và Gia Đình trong vòng năm (5) ngày trong trường hợp tôi/chúng tôi không còn hỗ trợ TRẺ.**
- B. Tôi/Chúng tôi đồng ý rằng khoản thanh toán trợ cấp hàng tháng không bao giờ được vượt quá mức chăm sóc nuôi dưỡng hiện hành được trả bởi Sở Trẻ em và Gia đình khi áp dụng cho độ tuổi và nhu cầu của trẻ này.
- C. Sở Trẻ em và Gia đình đồng ý thông báo cho tôi/chúng tôi về bất kỳ việc cắt giảm hoặc chấm dứt các khoản thanh toán trợ cấp ít nhất mười lăm (15) ngày trước khi thực hiện.
- D. Sở Trẻ em và Gia đình đồng ý thông báo cho tôi/chúng tôi bằng văn bản bốn mươi lăm (45) ngày trước khi cần gia hạn và bao gồm các biểu mẫu thích hợp với thông báo gia hạn.

**V. KHAI BÁO THU NHẬP VÀ TRƯỜNG HỢP CỦA TRẺ ĐƯỢC CUNG CẤP TRỢ CẤP**

1. TRẺ có thu nhập từ bất kỳ nguồn nào sau đây không? Có [ ] Không [ ]

Nguồn:  Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (SSI) Yêu cầu # \_\_\_\_\_ Số tiền: \$ \_\_\_\_\_ / THÁNG  
 Quản Lý An Sinh Xã Hội (SSA) Yêu cầu # \_\_\_\_\_ Số tiền: \$ \_\_\_\_\_ / THÁNG  
 Cơ Quan Đặc Trách Cựu Chiến Binh (VA) Yêu cầu # \_\_\_\_\_ Số tiền: \$ \_\_\_\_\_ / THÁNG

2. Đưa trẻ có ghi danh học toàn thời gian ở trường trung học, trường kỹ thuật, cao đẳng, hoặc chương trình đào tạo nghề được nhà nước công nhận không? [ ] Không [ ] Có Nếu, Có, hãy cung cấp các thông tin sau:

Tên trường học: \_\_\_\_\_ Địa chỉ: \_\_\_\_\_

**VI. NGƯỜI GIÁM HỘ KẾ THỪA**

Tôi/chúng tôi người có tên sau đây là người giám hộ kế thừa của TRẺ trong trường hợp tôi/chúng tôi chết hoặc mất khả năng nghiêm trọng.

TÊN: «Name» TÊN: «Name»

ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG PHỐ: «StreetAddress»

THỊ TRẤN, TIỂU BANG, ZIP: «Town», «ST» «ZIP»

SỐ ĐIỆN THOẠI NHÀ: «Phone»

**VII. TUYÊN BỐ CỦA TRẺ: (PHẢI ĐƯỢC TRẺ KÝ TÊN NẾU TRẺ TRÊN 14 TUỔI)**

Tôi xác nhận rằng tôi đã sống với (những) người giám hộ hợp pháp được liệt kê trên trang bìa của thỏa thuận này trong 12 tháng qua và tiếp tục sống với ông ấy/cô ấy/họ. Người giám hộ hợp pháp này đã cung cấp cho tôi sự hỗ trợ dưới hình thức chỗ ở, thực phẩm, quần áo và các nhu cầu liên quan khác (như chi phí học cao đẳng).

Chữ ký trẻ (không cần Dấu công chứng)

Ngày

**VII.** Tôi/chúng tôi đã được Sở Trẻ em và Gia đình thông báo nên kháng cáo lên Đơn Vị Điều Trần Hành Chính nếu tôi/chúng tôi không đồng ý với quyết định của Sở Trẻ em và Gia đình về tình trạng trợ cấp. Tôi/chúng tôi có quyền được đại diện tại phiên điều trần bởi luật sư pháp lý bằng chi phí của riêng mình và nhận được thông báo kịp thời về ngày, địa điểm và thời gian của phiên điều trần.

**VIII. PHẦN NÀY ĐƯỢC HOÀN THÀNH TRƯỚC SỰ CÓ MẶT CỦA CÔNG CHỨNG VIÊN HOẶC VIÊN CHỨC KHÁC ĐƯỢC ỦY QUYỀN ĐỂ CÔNG CHỨNG TÀI LIỆU.**

Tôi / Chúng tôi xin thề rằng:

Tôi / Chúng tôi tiếp tục là người giám hộ hợp pháp của TRẺ và rằng **TRẺ TIẾP TỤC Ở NHÀ CỦA TÔI / CHÚNG TÔI.** TRẺ tiếp tục nhận được hỗ trợ tài chính từ tôi / chúng tôi. Thông tin do tôi / chúng tôi cung cấp ở trên là đúng và chính xác theo sự hiểu biết và niềm tin tốt nhất của tôi và tôi / chúng tôi đồng ý với các điều khoản trong thỏa thuận này. Tôi / Chúng tôi hiểu thỏa thuận này vẫn có hiệu lực sau qua **«Date»**.

\_\_\_\_\_  
**Giám hộ 1**

\_\_\_\_\_  
**Giám hộ 2**

Subscribed and sworn to before me on this his \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Public/My Commission expires: \_\_\_\_\_  
Commissioner of the Superior Court

***(This section is for DCF Subsidy Unit use only)***

We have conducted the Annual Review of this subsidy and agree to the continuation of the subsidy according to the terms contained herein.

**Approved**

**Not Approved**

Mail this agreement and all other correspondence to:

**Department of Children and Families  
Subsidy Unit  
505 Hudson Street  
Hartford, CT 06106**