|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISURI  DIVISIÓN INFANTIL  **Acuerdo de subsidio de adopción para mayores de 18 años/Acuerdo de 1 año** | Condado de administración |  |
| Condado de residencia |  |
| Número de proveedor |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | **USO EXCLUSIVO DE OFICINAS ESTATALES** | | | | | |
| Número de contrato | | | | | |
| **El Departamento de Servicios Sociales de Misuri, División Infantil, estado de Misuri (en lo sucesivo, “Departamento”) y** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del padre/madre | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(en adelante, “padre/madre adoptivo[s]”), suscriben este Acuerdo para que el Departamento ayude con la adopción de** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del joven | | | | | | | Fecha de nacimiento | | | | | | | DCN | | | |
| (en adelante, el “joven”), que está certificado por el Departamento como con necesidades especiales según se define en el artículo 453.065 RSMo **ha sido cubierto por un acuerdo de subsidio hasta la edad de 18 años y ahora necesita servicios continuos debido a una afección física, dental o mental documentada que requiere atención después de los 18 años** **y sigue siendo** elegible para el plan MO HealthNet y es elegible para que ciertos gastos se cubran mediante asignaciones autorizadas por la Asamblea General de Misuri para el Programa de Subsidio de Adopción de Misuri. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El presente Acuerdo entrará en vigencia a partir del** | | | | |  | | | | | **y continuará en vigor hasta** | | | | | | | |
|  | **, que no superará los 12 meses.** | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SERVICIOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Descripción del servicio** | | **Código** | **Frecuencia de pago**  **Anual = Y**  **Mensual = M**  **Una sola vez = O** | | | **Importe máximo** | | | **Período de aprobación** | | | | **Fecha inactiva** | | **Iniciales del padre/madre adoptivo(s) para servicios inactivos** | | |
| **Fecha de inicio** | | **Fecha de finalización** | | **Padre/ madre 1** | | **Padre/ madre 2** |
| **MO HEALTHNET**  (El padre/madre adoptivo[s] utilizarán su seguro privado, si está disponible, antes de acceder a MO HealthNet) | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| **MANTENIMIENTO** | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |
| **EXPLICACIÓN DEL SERVICIO AÑADIDO O MOTIVO DE LA SOLICITUD DE LOS PADRES PARA DESACTIVAR UN SERVICIO:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El paquete de servicios se basa en las necesidades del joven en el momento de la negociación del Acuerdo y las partes se notificarán mutuamente cualquier cambio relacionado con las necesidades del joven en un plazo de 10 días.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CERTIFICACIÓN DE PADRE/MADRE ADOPTIVO(S)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yo (Nosotros), el abajo firmante, certifico que yo (nosotros) he revisado las declaraciones y los términos y condiciones de este acuerdo. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | | | | FECHA | | | | FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | | | | | | | | FECHA | |
| DIRECCIÓN DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(S) | | | | | | | | DIRECCIÓN DE LA OFICINA DEL CONDADO PARA NOTIFICACIÓN: | | | | | | | | | |
| **APROBACIÓN DEL DEPARTAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA AUTORIZADA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES | | | | | | | | | | FECHA | | | | | | | |

Página 1 de 4

SUBSIDIO DE ADOPCIÓN PARA MAYORES DE 18 AÑOS/ACUERDO DE 1 AÑO (CONT.)

**Parte I. Responsabilidades del Departamento**

1. Siempre y cuando los padres adoptivos y el joven cumplan con los requisitos de elegibilidad para recibir subsidio o servicios, según corresponda en virtud de los estatutos de Misuri. El Departamento se compromete a ayudar al padre/madre adoptivo(s) con los siguientes gastos relacionados con el cuidado del joven, según se especifica en este Acuerdo y según se establece a continuación.
   1. Mantenimiento, que incluye alojamiento y comida, ropa y gastos personales incidentales, que se pagarán mensualmente de acuerdo con las tarifas establecidas en la póliza del Departamento, a menos que se especifique lo contrario en este Acuerdo, así como la cobertura médica a través de MO HealthNet.
   2. Los gastos por servicios especiales, si los hubiera, no excederán los montos especificados en la política o reglamentación y aprobados en este Acuerdo para los cuales los pagos se realizarán mensualmente o según se especifique de otro modo en este Acuerdo.
   3. Gastos por servicios prestados al joven, que pueden incluir atención médica necesaria no cubierta por MO HealthNet, siempre que se haya otorgado la aprobación previa mediante la firma autorizada del Departamento mediante una enmienda al contrato y siempre que el pago no exceda el monto especificado en este Acuerdo.
2. Los pagos autorizados o especificados en este Acuerdo se realizarán en las siguientes condiciones:
   1. El pago se efectuará directamente a los proveedores de servicios con los que el Departamento tenga un contrato y por el monto especificada para el servicio en el contrato.
   2. Se reembolsará al padre/madre adoptivo(s) los pagos efectuados a un proveedor de servicios con el que el Departamento no pueda establecer un contrato cuando dicho servicio se haya incluido en el presente Acuerdo y siempre que se haya otorgado una aprobación previa por escrito para el uso de ese proveedor y la familia adoptiva presente recibos pagados o facturas dentro de los seis (6) meses siguientes a la prestación de los servicios.
   3. Se requiere aprobación previa, mediante modificación del contrato, para el pago de cualquier servicio médicamente necesario que no esté cubierto por MO HealthNet. La documentación escrita de un proveedor calificado (por ejemplo, médico, dentista, psicólogo, etc.) se presentará al Departamento para obtener la aprobación previa.
   4. Los pagos especificados en este Acuerdo no excederán los que se habrían pagado si el joven hubiera sido colocado y hubiera permanecido bajo la custodia del Departamento en hogares de guarda, según se define en RSMo 453.073.
   5. Los servicios incluidos en este Acuerdo caducarán en la fecha de finalización especificada para el período de aprobación. No se efectuará ningún pago por el mantenimiento o los servicios prestados o en los que se haya incurrido después de la fecha de finalización del presente Acuerdo.
   6. El acuerdo permanecerá en vigencia sin tener en cuenta el estado de residencia de la familia adoptiva.
3. El Departamento se compromete a proporcionar la aprobación necesaria para participar en MO HealthNet para que el pago pueda obtenerse de acuerdo con los términos y condiciones de dicho plan.
4. El Departamento acepta proporcionar remisiones y ser un representante ante otras agencias para la transición de los servicios para jóvenes a adultos necesarios para asegurar que las necesidades del joven se satisfagan en el momento de la terminación del subsidio.
5. El Departamento acepta aplicar la disposición del Pacto Interestatal sobre Adopción y Asistencia Médica (Interstate Compact on Adoption and Medical Assistance, ICAMA) según lo autorizado en los artículos 453.500-453.503, RSMo en aquellos casos en que el padre/madre adoptivo(s) se haya mudado a otro estado o el joven haya sido colocado en otro estado que sea miembro del pacto.
6. El Departamento iniciará una evaluación de la necesidad continua del joven de un acuerdo de subsidio de adopción tres (3) meses antes

del vencimiento de este Acuerdo.

G. El Departamento no pagará los servicios que sean una duplicación de los servicios prestados por otra agencia.

**Parte II. Responsabilidades del padre/madre adoptivo(s):**

1. El padre/madre adoptivo(s) aceptan proporcionar un hogar adoptivo permanente para el joven y llevar a cabo sus derechos, responsabilidades y privilegios como se conceden en el capítulo 453, RSMo.
2. El padre/madre adoptivo(s) aceptan asegurar los servicios por los que el Departamento ha aceptado realizar el pago.
3. El padre/madre adoptivo(s) aceptan usar MO HealthNet o el proveedor contratado por MO HealthNet de su estado si el joven a su cargo ha sido designado como elegible para MO HealthNet, a menos que el Departamento haya aprobado previamente el uso de un proveedor no contratado por MO HealthNet.
4. El padre/madre adoptivo(s) aceptan acceder a los servicios a través de todas las demás agencias apropiadas para asegurar que las necesidades del joven se

satisfagan cuando finalice el acuerdo de subsidio.

1. El padre/madre adoptivo(s) entienden que el Departamento no pagará los costos superiores a los pagados a través de MO HealthNet para los servicios cubiertos por MO HealthNet. Si se obtiene algún servicio a través de un proveedor que no pertenece a la red o a través de un cargo que no sea de MO HealthNet para el proveedor de servicios, el costo no se reembolsará a través del programa de asistencia para la adopción (a menos que se haya especificado la aprobación previa en la página 1 de este Acuerdo). Esto incluye servicios y equipos de salud mental, física y dental. No se reembolsará al padre/madre adoptivo(s) los costos superiores a los pagados a través de MO HealthNet para los servicios cubiertos por MO HealthNet.

|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(S) DE LA PARTE I Responsabilidades del Departamento** | |
| Yo (Nosotros), el abajo firmante, certifico que yo (nosotros) he revisado las declaraciones y los términos y condiciones de este Acuerdo. | |
| FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | FECHA |
| FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | FECHA |

Página 2 de 4

SUBSIDIO DE ADOPCIÓN PARA MAYORES DE 18 AÑOS/ACUERDO DE 1 AÑO (CONT.)

1. El padre/madre adoptivo(s) aceptan solicitar la aprobación previa del Departamento para el pago de otros servicios de atención médica o especiales, independientemente de si el reembolso parcial está disponible a través de un seguro privado u otros fondos.
2. El padre/madre adoptivo(s) aceptan pagar o ser responsables de pagar toda la atención médica, atención dental u otros servicios para los que no se haya recibido la aprobación previa o que no estén cubiertos por el plan MO HealthNet. En el caso de atención médica de emergencia, atención odontológica u otros servicios en los que era imposible o impracticable para el padre/madre adoptivo(s) obtener la aprobación previa antes de la prestación de los servicios, el padre/madre adoptivo(s) deben presentar una reclamación especial para el pago de estos costos y demostrar por qué la aprobación previa no pudo obtenerse bajo las circunstancias. Si el padre/madre adoptivo(s) hacen una presentación satisfactoria, el Departamento puede considerar hacer el pago total o parcial de estos costos.
3. El padre/madre adoptivo(s) aceptan proporcionar al Departamento facturas o “recibos pagados” por cualquier servicio previamente aprobado por cualquier gasto incurrido, dentro de los seis (6) meses siguientes a la prestación del servicio, según lo aprobado en este Acuerdo. Si no se proporcionan los recibos en un plazo de seis (6) meses, no se realizará ningún pago. Las facturas de los honorarios legales incurridos deben detallarse.
4. El padre/madre adoptivo(s) entienden y aceptan que el Departamento no puede hacer pagos directamente a los proveedores de servicios con los que no tiene un contrato para dichos servicios. Cuando este Acuerdo autorice al padre/madre adoptivo(s) a contratar directamente a un proveedor de servicios en nombre del joven, cualquier pago autorizado en virtud de este Acuerdo se realizará directamente al padre/madre adoptivo(s). El padre/madre adoptivo(s) tienen la responsabilidad y el deber legales de hacer el pago completo al proveedor de servicios y pagarán, indemnizarán y eximirán de responsabilidad al Departamento y al estado de Misuri de cualquier obligación de pagar directamente al proveedor por dichos servicios. El padre/madre adoptivo(s) entienden y aceptan que si no pueden encontrar o contratar a un proveedor de servicios dentro de los montos autorizados en este Acuerdo, se les recomienda que se pongan en contacto con el Departamento y discutan la renegociación de los montos previamente autorizados para los servicios.
5. El padre/madre adoptivo(s) aceptan notificar inmediatamente al Departamento a la dirección especificada en este Acuerdo por escrito un cambio de dirección para garantizar el envío oportuno y adecuado de los pagos y la notificación con respecto al Acuerdo.
6. El padre/madre adoptivo(s) aceptan notificar al Departamento por escrito a la dirección especificada en el Acuerdo, dentro de los diez (10) días de cualquier cambio que pueda afectar la duración del Acuerdo y si se produce alguno de los siguientes acontecimientos que afecten la situación del joven:
   1. divorcio o matrimonio del padre/madre adoptivo(s);
   2. separación, haya o no una orden de separación legal, del padre/madre adoptivo(s);
   3. ausencia del joven del hogar como consecuencia de una acción judicial durante cualquier período o por cualquier otro motivo durante más de treinta (30) días;
   4. fallecimiento del joven o del padre/madre adoptivo;
   5. emancipación legal del joven por matrimonio o alistamiento en el servicio militar;
   6. se produce la rescisión de la patria potestad;
   7. el joven se muda de casa.
7. El padre/madre adoptivo(s) entienden y aceptan que si no proporcionan la información que deben proporcionar en virtud del presente Acuerdo o si no proporcionan información sobre cualquier cambio en las circunstancias del padre/madre adoptivo(s) o del joven según lo exige este Acuerdo o de cualquier otro modo exigido por la ley, podrá haber un retraso en la recepción de pagos o servicios, una acción del Departamento para recuperar cualquier sobrepago, modificación o rescisión de este Acuerdo si así lo autoriza la ley.
8. El padre/madre adoptivo(s) aceptan que el Departamento no pagará los servicios a través de este Acuerdo que el padre/madre adoptivo(s) o el joven sean elegibles para recibir a través de otras fuentes que estén disponibles para el joven sin costo alguno para el joven o el padre/madre adoptivo(s). El padre/madre adoptivo(s) aceptan solicitar y participar en todos los programas y servicios que sean razonablemente necesarios para satisfacer las necesidades del joven. Algunos ejemplos de estos programas incluyen, entre otros, Asistencia para Veteranos, Ingreso por Discapacidad del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), servicios de rehabilitación vocacional o servicios de educación especial a través de una escuela o distrito escolar local.
9. El padre/madre adoptivo(s) aceptan pagar, indemnizar y eximir de responsabilidad al Departamento por cualquier pérdida, costo o responsabilidad atribuibles a actos u omisiones negligentes o intencionales del padre/madre adoptivo(s).
10. El padre/madre adoptivo(s) aceptan solicitar, participar y utilizar los servicios de apoyo o programas de asistencia disponibles para el joven y para los que el joven pueda ser elegible. Algunos ejemplos de programas pueden incluir servicios del DMH, MO HealthNet para adultos, servicios de salud y personas mayores, servicios de rehabilitación para ciegos y servicios de rehabilitación vocacional. El Departamento no pagará los servicios que sean una duplicación de los servicios prestados por otra agencia.
11. El padre/madre adoptivo(s) aceptan participar y cooperar en la revisión de este Acuerdo y proporcionar al Departamento cualquier información sobre las circunstancias del padre/madre adoptivo(s) y las del joven que ayudaría al Departamento a determinar el nivel apropiado de pago y los servicios necesarios para el joven por los que se realizará el pago. La información solicitada por el Departamento debe proporcionarse dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la solicitud.
12. El padre/madre adoptivo(s) entienden y aceptan que el Departamento, al aceptar cubrir ciertos gastos para el cuidado del joven, ha tenido en cuenta las necesidades del joven especificado y la circunstancia del padre/madre adoptivo(s). Además, el padre/madre adoptivo(s) entienden que los pagos efectuados son exclusivamente para beneficiar al joven cubierto por este Acuerdo.

|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(S) DE LA PARTE II Responsabilidades del padre/madre adoptivo(s)** | |
| Yo (Nosotros), el abajo firmante, certifico que yo (nosotros) he revisado las declaraciones y los términos y condiciones de este Acuerdo. | |
| FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | FECHA |
| FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | FECHA |

Página 3 de 4

SUBSIDIO DE ADOPCIÓN PARA MAYORES DE 18 AÑOS/ACUERDO DE 1 AÑO (CONT.)

1. El padre/madre adoptivo(s) entienden y aceptan que la obligación del Departamento de pagar por un servicio especificado en este Acuerdo finalizará en la fecha de vencimiento del período de aprobación establecido en este Acuerdo. Si es necesario modificar o continuar el servicio, o agregar un nuevo servicio, el padre/madre adoptivo(s) aceptan ponerse en contacto con el Departamento para iniciar el proceso de modificación. No se efectuará ningún pago de los servicios prestados después de la fecha de finalización especificada en el presente Acuerdo.
2. El padre/madre adoptivo(s) aceptan pagar, indemnizar y eximir de responsabilidad al Departamento por cualquier pérdida, costo o responsabilidad atribuibles a actos u omisiones negligentes o intencionales del padre/madre adoptivo(s).

**Parte III. Plazo del Acuerdo:**

1. La vigencia de este Acuerdo comenzará en la fecha indicada en la página 1 del Acuerdo y finalizará en la fecha indicada o según lo dispuesto en la Parte IV de este Acuerdo.
2. El padre/madre adoptivo(s) y el Departamento entienden y aceptan que este Acuerdo no será vinculante para el Departamento a menos y hasta que el período fiscal de la Legislatura de Misuri haya hecho las asignaciones adecuadas que abarque el período inicial o cualquier renegociación mediante la enmienda de este Acuerdo.
3. Si el presente Acuerdo se rescinde por las razones indicadas en la Parte IV de este Acuerdo y el padre/madre adoptivo(s) reciben pagos del Departamento en lo sucesivo para ese joven, dichos pagos recibidos después de la rescisión del presente Acuerdo vencerán inmediatamente y serán pagaderos al Departamento ya que el padre/madre adoptivo(s) no tienen derecho a dichos pagos tras la rescisión del presente Acuerdo.

**Parte IV. Rescisión del Acuerdo:**

1. Los pagos de subsidios y los pagos de servicios, si procede, según lo acordado en el presente Acuerdo, continuarán hasta:
   1. el último día del Acuerdo;
   2. que el padre/madre ya no sean responsables financieramente del joven;
   3. que el joven ya no esté bajo la custodia legal del padre/madre (es decir, emancipado legalmente, casado o se aliste en el

ejército);

* 1. el fallecimiento del joven o de ambos padres adoptivos.

1. Si los servicios siguen siendo necesarios al final de este acuerdo de un año debido a una **afección física, dental o mental documentada que requiere atención después de los 18 años**, se puede negociar un segundo Acuerdo para mayores de 18 años de 1 año. La negociación de este Acuerdo debe iniciarse tres (3) meses antes del vencimiento del presente Acuerdo.

**Parte V. Apelación de la decisión de la agencia y derecho a una audiencia imparcial:**

1. En caso de que la agencia y el padre/madre adoptivo(s) no puedan ponerse de acuerdo sobre los términos de este Acuerdo o cualquier servicio propuesto y el Departamento emita una decisión por escrito a través de un CD-87 denegando los servicios que el padre/madre adoptivo(s) consideran que afecta negativamente al niño, tienen derecho a una revisión. El procedimiento de revisión se iniciará previa solicitud por escrito del padre/madre adoptivo(s) a la oficina local del Departamento dentro de los diez (10) días posteriores a la recepción de la notificación por escrito de la denegación del Departamento. El padre/madre adoptivo(s) pueden solicitar una revisión según el procedimiento y las políticas de revisión vigentes y aplicables del Departamento.

|  |  |
| --- | --- |
| **CERTIFICACIÓN DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(S) DE LAS PARTES III Y IV, Y TÉRMINOS, RESCISIÓN DEL ACUERDO Y APELACIÓN** | |
| Yo (Nosotros), el abajo firmante, certifico que yo (nosotros) he revisado las declaraciones y los términos y condiciones de este Acuerdo. | |
| FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | FECHA |
| FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | FECHA |

Si es un veterano en el estado de Missouri y está interesado en obtener más información sobre los beneficios y recursos disponibles para usted y sus dependientes, visite <https://mvc.dps.mo.gov/MoVeteransInformation/Survey/DSS>.

Página 4 de 4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODIFICACIÓN DEL ACUERDO DE SUBSIDIO PARA MAYORES DE 18 AÑOS DE 1 AÑO** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del joven** | | | | | | **DCN** | | | | | **Número de contrato** | | | |
|  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| **Descripción del servicio** | **Código** | **Frecuencia de pago**  **Anual = Y**  **Mensual = M**  **Una sola vez = O** | | **Importe máximo** | | | **Período de aprobación** | | | **Fecha inactiva** | | **Iniciales del padre/madre adoptivo(s) para servicios inactivos** | | |
| **Fecha de inicio** | **Fecha de finalización** | | **Padre/ madre 1** | | **Padre/ madre 2** |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  |
| **EXPLICACIÓN DEL SERVICIO AÑADIDO O MOTIVO DE LA SOLICITUD DE LOS PADRES PARA DESACTIVAR UN SERVICIO:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **El paquete de servicios se basa en las necesidades del joven en el momento de la negociación de esta modificación y las partes se notificarán mutuamente cualquier cambio en relación con las necesidades del joven en un plazo de 10 días.** | | | | | | | | | | | | | | |
| **CERTIFICACIÓN DE PADRE/MADRE ADOPTIVO(S)** | | | | | | | | | | | | | | |
| Yo (Nosotros), el abajo firmante, certifico que yo (nosotros) he revisado las declaraciones y los términos y condiciones de este Acuerdo. | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | | | FECHA | | FIRMA DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO | | | | | | | | FECHA | |
| DIRECCIÓN DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO(S) | | | | | DIRECCIÓN DE LA OFICINA DEL CONDADO PARA NOTIFICACIÓN | | | | | | | | | |
| **APROBACIÓN DEL DEPARTAMENTO** | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMA AUTORIZADA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES | | | | | | | | | FECHA | | | | | |

Si es un veterano en el estado de Missouri y está interesado en obtener más información sobre los beneficios y recursos disponibles para usted y sus dependientes, visite <https://mvc.dps.mo.gov/MoVeteransInformation/Survey/DSS>.