



## CSA PARENTAL AGREEMENT

Este Acuerdo entre Padres de CSA, (de hoy en adelante nos vamos a referir como el "Acuerdo") entra en vigencia en este \_\_\_\_\_ (fecha) en Arlington, Virginia, entre \_\_\_\_\_ padre(s)/ GuardianLegal (s) de \_\_\_\_\_ (menor de edad y menos de diez y ocho) nacido en, \_\_\_\_\_ y, \_\_\_\_\_ una agencia publica designada por, y actuando como una agente de, Equipo Comunitario de Póliza y Manejo de Arlington, Virginia (de aqui en adelante nos vamos a referir como la "Agencia").

- Marque esta caja si todos las personas que firman están de acuerdo que la colocación de este menor en un hogar approved por el estado o facilidad con licencia es:
- con el mejor interes para el menor por ahora,
  - el mas apropiado y menos estricto lugar para satisfacer las necesidades del menor por ahora, y
  - es de mutuo acuerdo por los miembros del Equipo de Evaluación Familiar y Planeamiento – Family Assessment and Planning Team (FAPT) del menor y el padre(s) o guardian legal(es).
- Marque esta caja si esta colocación fue ordenada por la corte y no es una colocación voluntaria de los padres.

### **AUTORIDAD PARA COLOCACION**

Como el padre(s)/guardian legal(es) del menor arriba indicado, Yo/nosotros tenemos la autoridad legal de planear por el/ella y voluntariamente colocarlo/a en \_\_\_\_\_ (Fecha) en un hogar approved por el estado o una facilidad con licencia por un period que no exceda de un año.

### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES: PADRE(S)/GUARDIAN(ES)**

1. Yo/nosotros conservaremos la custodia legal de mi/nuestro hijo(a).
2. Yo/nosotros estamos de acuerdo que la meta para mi/nuestro hijo(a) regrese a casa tan pronto como sea apropiado.
3. Yo/nosotros haremos lo mejor de mi/nuestra habilidad:
  - Activa y consistentemente participar en todos los aspectos de la evaluación, planeamiento, e implementación de servicios durante todo el tiempo que este acuerdo este en efecto,
  - Atender y participar en las juntas FAPT con el propósito de planear, revisar y

evaluar el plan de servicio en relación a mi/nuestro hijo(a) y las necesidades de nuestra familia.

- Atender y participar en sesiones de terapia familiar, entrenamiento para padres, y/u otros servicios para familiares como se describe en el Plan Individual para Servicios de la Familia (Individual Family Service Plan – IFSP).
  - Activamente participar en visitas programadas y aprobadas con mi/nuestro hijo(a) y
  - Proveer toda la información y documentación necesaria al equipo de FAPT y la Agencia para servicios y colocación de mi/nuestro hijo(a).
4. Yo/nosotros vamos a proveer a la facilidad de tratamiento con lo siguiente:
- Consentimiento por escrito para cuidado y tratamiento medico de rutina, incluyendo tratamiento de emergencia. Cualquier propuesta de tratamiento o servicios que presenten un riesgo significativo para mi/nuestro hijo(a), incluyendo operación o tratamiento con medicamentos psicoactivos, requerirán mi/nuestro consentimiento con información específica.
  - Todos los números de emergencia necesarios para llamarme a mi/nosotros.
5. Yo/nosotros estamos de acuerdo en informar al CPMT en la localidad acutual de cualquier plan mio/nuestro de relocaciónde residencia física fuera de esta jurisdicción.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:  
AGENCIA DESIGNADA POR EL CPMT**

La Agencia esta de acuerdo en:

- trabajar conmigo/nosotros y mi/nuestro hijo(a) para desarrollar y proveer servicios para manejo del caso y para implementar el Plan Individual para Servicios IFSP,
- dar información específica sobre el caso a mi/nosotros de acuerdo con las pólizas y procedimientos establecidos por el CPMT y lo relevante a la ley, y
- proveer los servicios apropiados de acuerdo con las póliza y procedimientos del CPMT.

## AUTORIDAD FISCAL/TERMINOS DE PAGO

Los pagos por los servicios serán hechos y documentados para todos los involucrados de acuerdo con las pólizas y procedimientos aprobados por el CPMT y pueden incluir:

- Co-pago por los padres,
- Pólizas de seguro médico,
- Apoyo al menor (Division de Apoyo al Menor – Child Support Enforcement),
- Federal y/o recursos del estado, y
- Fondos de CSA.

1. Pago por los costos de servicio con fondos de CSA serán autorizados solamente para los servicios que se incluyen en el IFSP que han sido aprobados de acuerdo a las pólizas y procedimientos establecidos por el CPMT y que cumplen con todos los requisitos de acuerdo con la Ciudad/ Condado donde se obtuvieron y las pólizas fiscales.
2. El padre(s) /guardian legal(es) aplicara para Medicaid, FAMIS, y/u otros fondos y recursos públicos o privados, según se apliquen, dentro de **30** días de la colocación para ayudar a pagar por los servicios recibidos de acuerdo con el IFSP.
3. El padre(s)/ guardian legal(es) estan de acuerdo en participar en el proceso del IACCT (Certificación de Evaluación Independiente, y Equipo de Coordinación) después de la notificación de ser elegible para Medicaid. El proceso del IACCT determinará si el Medicaid pagará por una porción de la colocación.
4. Si el padre(s)/guardian legal(es) fallan en aplicar para Medicaid, FAMIS, y/o algun otro fondo o recurso public o privado, según sea aplicable, dentro de 30 días de la colocación, el Condado de Arlington no autorizara mas pagos por esta colocación hasta que los padres apliquen para Medicaid. Los padres serán responsables financieramente por tratamientos aplicables y/o costos de educación desde que empieza la colocación.
5. El padre(s)/guardian legal(es) están de acuerdo en pagar el copago de los padres determinado en acuerdo con las pólizas y procedimientos del CPMT.
6. Además, el padre(s)/guardian legal(es) conservaran ciertas responsabilidades financieras relacionadas al cuidado de su hijo(a) que son las responsabilidades normales y primordiales de los padres, que incluye pero no se limita a ropa,

artículos de aseo, artículos de cuidado personal, y asignaciones de gasto, y los siguientes artículos especiales.

---

7. Los involucrados están de acuerdo que la Oficina para Servicios de Menores de Virginia ("OCS") será parte de este acuerdo y que la firma del equipo del CPMT será puesta de parte del OCS con el único propósito de otorgar al OCS la autoridad de hacer un reclamo en contra del padre(s) o guardian legal(es) mencionados aquí por si el padre(s) o guardian legal(es) fallan o no quieren pagar la suma acordada a tiempo. Tal reclamo por el pago hecho por el OCS deberá ser hecho solamente por solicitud del CPMT y por medio del Departamento de la División de Ley de Colección de Deudas en la Oficina del Fiscal General cuando una acción de colección no puede ser referida a la División del Manutención Infantil (Child Support Enforcement) del Departamento de Servicios Sociales.
8. El padre(s)/guardian legal(es) es/están consciente que si se mueven fuera de la Ciudad/Condado representado por este CPMT, no hay garantía que el CPMT en la nueva localidad de Virginia, o cualquier jurisdicción de otro Estado, aceptará este acuerdo y la colocación de su hijo(a) puede ser interrumpida. Ustedes también están de acuerdo de dar aviso al CPMT de la localidad actual de Virginia de cualquier plan de relocalizar su residencia física fuera de esta jurisdicción.

El padre(s)/guardian(es) además esta(n) de acuerdo que si ellos cambian de residencia a:

- otra localidad de Virginia, la nueva localida tiene hasta **30** días del calendario para determinar los servicios y acuerdos apropiados que serán aplicados de acuerdo a sus pólizas del CPMT. Los **30** días del calendario empiezan después del recibo de la notificación por escrito al nuevo CPMT del cambio de residencia. El actual acuerdo con los padres se terminará cuando el CPMT de la nueva localidad implemente sus servicios o cuando los **30** días del calendario se hayan terminado, cualquiera que ocurra primero.
- una localidad fuera de Virginia, este acuerdo con los Padres se termina inmediatamente, esto significa que el CPMT no tiene obligación de continuar dando fondos a esta colocación, y el padre (s)/guardian legal(es) deben asumir responsabilidad por la colocación y cuidado del menor.

### **CONDICIONES POR TERMINACION DEL ACUERDO**

Este es un acuerdo voluntario. Yo/nosotros entendemos que como padre(s) /guardian legal(es) de mi/nuestro hijo(a) , yo/nosotros podemos revocar este acuerdo en cualquier tiempo. Si yo/nosotros solicitamos que mi/nuestro hijo(a) sea devuelto a mi/nosotros antes de que se termine este acuerdo, yo/nosotros daremos una petición por escrito con **30** días antes de la fecha que yo/nosotros esperamos

mi/nuestro hijo(a) sea devuelto a mi/nosotros.

Yo/nosotros entendemos que la Agencia puede terminar este acuerdo por medio de darme/darnos una nota por escrito con **30** días de anticipo a la terminación, incluyendo las razones y documentación con las razones que apoyan la terminación. Las razones pueden incluir: la Agencia lo determinó en base a una evaluación del manejo de utilización de servicios o podría ser que la colocación no es el mejor interés de mi/nuestro hijo(a), no es el mas apropiado o ambiente con menos restricciones para satisfacer las necesidades de mi/nuestro hijo(a), o el menor no está haciendo el progreso adecuado en donde lo colocaron; o que yo/nosotros fallamos en cumplir con las condiciones y términos de este acuerdo.

### **PROCESO DE APELACION**

Yo/nosotros entendemos que si yo/nosotros no estamos de acuerdo con la decisión de la Agencia para terminar este acuerdo, yo/nosotros tenemos el derecho de apelar esta decisión por medio de someter una solicitud por escrito siguiendo las pólizas y procedimientos de apelaciones por el CPMT local, y después por medio de cualquier proceso aplicable disponible bajo cualquier póliza o ley. Por medio de firmar este acuerdo yo/nosotros reconocemos recibir las pólizas y procedimientos de apelaciones del CPMT local.

## FIRMAS

Una copia de este acuerdo se dará a todas las personas involucradas y la original será puesta en el archivo del menor el cual está localizado en el 2100 Washington Blvd. Arlington VA. Firmando en las siguientes líneas, cada uno de los involucrados entra en este acuerdo bajo las condiciones ya establecidas.

_____	_____
<b>PADRE(S)/GUARDIAN LEGAL</b>	<b>FECHA</b>
_____	_____
<b>PADRE(S)/GUARDIAN LEGAL</b>	<b>FECHA</b>
_____	_____
<b>REPRESENTANTE DE LA AGENCIA DESIGNADO POR EL CPMT</b>	<b>FECHA</b>