El presente Acuerdo de los Padres, (en adelante el “Acuerdo”) se celebra el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_\_ en el Condado de Fairfax, Virginia, entre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_el/los padre(s) / tutor(es) legal(es) de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (menor) nacido el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , una agencia pública designada por el Equipo de Políticas y Administración de la Comunidad de Fairfax-Falls Church para actuar como sus agentes (en adelante la “Agencia”).

Todas las partes firmantes concuerdan que la colocación de este menor en un hogar aprobado o en un centro autorizado por el estado es:

1. En beneficio de los intereses del menor en este momento,
2. El escenario más apropiado y menos restrictivo para cumplir con las necesidades actuales del menor, y
3. Ha sido acordado entre el Equipo de Evaluación y Planificación Familiar (FAPT) del menor y los padres o tutores legales.

**AUTORIDAD DE COLOCACIÓN**

Como padre(s) / tutor(es) legal(es) de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, yo/nosotros, tengo/tenemos la autoridad legal para planificar por él/ella y colocarlo/a voluntariamente el día de de 20 \_\_\_ , o después de esta fecha en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombre del hogar aprobado o centro autorizado por el estado) que no deberá exceder el / / (Fecha final del FAPT).

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:**

**PADRE(S)/TUTOR(ES)**

1. Yo/nosotros mantengo/mantenemos la custodia legal de mi/nuestro hijo.
2. Yo/nosotros aceptamos que es mi/nuestro objetivo que mi/nuestro hijo regrese al hogar y estoy/estamos de acuerdo en aceptarlo/aceptarla de regreso tan pronto el FAPT lo estime apropiado.
3. Yo/nosotros mantendré/mantendremos el seguro privado de salud de mi/nuestro hijo y proporcionaré/proporcionaremos) la información que sea necesaria y daré/daremos los pasos que se requieran para que se le facturen antes que a CSA y Medicaid los tratamientos y servicios relacionados con esta colocación;
4. Haré/Haremos lo mejor de acuerdo a mi/nuestra capacidad:
   1. Participar activamente y consistentemente en todos los aspectos de la evaluación, planificación e implementación de servicios durante la validez de este acuerdo,
   2. Asistir y participar en Reuniones sobre Recursos para la Familia, Reuniones de Relaciones con las Familias, Reuniones de Equipos de Jóvenes y Familias, y reuniones del FAPT con el propósito de planificar, revisar y monitorear el servicio de planificación con relación a las necesidades de mi/nuestro hijo y de nuestra familia,

* 1. Asistir y participar en sesiones de terapia familiar, capacitación para padres y/u otros servicios para los familiares de acuerdo a la descripción que se hace en el Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP), Reuniones sobre Recursos para la Familia, Reuniones de Relaciones con las Familias, Reuniones de Equipos de Jóvenes y Familias,
  2. Participar activamente en las visitas programadas y aprobadas con mi/nuestro hijo/a, que tendrán lugar mensualmente como mínimo para colocaciones fuera de la comunidad, pero que podrían ser más frecuentes de especificarlo así el plan de tratamiento, y
  3. Brindar al FAPT y a la Agencia toda la información y documentación necesaria para los servicios y colocación de mi/nuestro/a hijo/hija.

1. Yo/nosotros proporcionaré/proporcionaremos al centro de tratamiento lo siguiente:
   1. Consentimiento por escrito para el tratamiento y atención médica de rutina, incluyendo tratamientos de emergencia. Cualquier tratamiento o servicios propuestos que constituyan un riesgo significativo para mi/nuestro/a hijo/hija, incluyendo cirugía o tratamiento con medicamentos psicoactivos, requerirá de mi/nuestro consentimiento informado específico.
   2. Todos los números telefónicos de emergencia necesarios para comunicarse conmigo/con nosotros.
2. Acepto/aceptamos informar a la Agencia de la localidad actual de cualquier plan de reubicación física de mi/nuestra residencia fuera de esta jurisdicción.

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES:**

**AGENCIA DESIGNADA POR EL CPMT**

La Agencia acepta:

* 1. Trabajar conmigo/con nosotros y mi/nuestro/a hijo/hija para desarrollar y brindar servicios de coordinación de atención e implementar el IFSP,
  2. Brindar información específica del caso a mí/nosotros de conformidad con las políticas y procedimientos locales del CPMT y las leyes relevantes, y
  3. Proporcionar una revisión de utilización de conformidad con las políticas y procedimientos establecidos por el CPMT.

**AUTORIDAD FISCAL/CONDICIONES DE PAGO**

El pago de servicios y participación económica de padres/tutores se efectuará y documentará para todas las partes de conformidad con las políticas y procedimientos aprobados por el CPMT, incluyendo posiblemente:

* Copago por parte de los padres,
* Pólizas de seguros,
* Manutención para menores (Agencia para Ejecución del Pago de Manutención para Menores),
* Medicaid y otros recursos federales y/o estatales, y
* Fondos Colectivos CSA.

Acceso a la financiación de CSA para pagar el costo de servicios se autorizará solo para los servicios incluidos en el IFSP que hayan sido aprobados de conformidad con las políticas y procedimientos establecidos por el CPMT y que cumplan con todas la políticas relevantes de abastecimiento y fiscales de la Ciudad/Condado.

El/los padre(s)/tutor(es) legal(es) solicitará(n) Medicaid, FAMIS, y/u otros financiamientos y recursos públicos o privados, lo que corresponda, para ayudarlos a pagar los servicios proporcionados de conformidad con el IFSP. El acceso a la financiación CSA está supeditado a que el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) solicite(n) dichos recursos, y proporcione(n) las verificaciones necesarias para establecer una elegibilidad inicial y continua. {0>{1><1}<}0{>El/los padre(s)/tutor(es) legal(es) deberá(n) mantener la presente cobertura de seguro médico para el niño que está siendo colocado y tomar todos los pasos necesarios para tener acceso a la financiación para la colocación y otros gastos médicos durante la colocación.

El/los padre(s)/tutor(es) legal(es) acepta(n) pagar el copago correspondiente a los padres determinado de conformidad con las políticas y procedimientos del CPMT. El acceso a la financiación CSA está supeditado a que el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) proporcione(n) las verificaciones necesarias para establecer las evaluaciones iniciales y continuas exactas de copago y pagos puntuales de las cantidades evaluadas.

Adicionalmente, el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) retendrá(n) la responsabilidad económica normal y acostumbrada, incluyendo, sin limitación alguna, la atención médica, traslado hacia y del centro, ropa, artículos de tocador y de cuidado personal y asignaciones para gastos.

El/los padre(s)/tutor(es) legal(es) está(n) conscientes que de mudarse fuera de la Ciudad/Condado representado por este CPMT, no existe garantía de que el CPMT en la nueva localidad de Virginia o en la jurisdicción de cualquier otro estado respete este acuerdo y la colocación de su hijo/hija podría verse afectada. Así mismo acuerda(n) avisar al CPMT de esta localidad de cualquier plan de reubicación de su residencia física fuera de esta jurisdicción.

Además, el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) reconoce(n) que si se mudan de residencia a:

* Otra localidad de Virginia; la nueva localidad tiene hasta 30 días calendario para determinar qué servicios y acuerdos apropiados se aplicarán de conformidad con las políticas de su CPMT. Los 30 días calendario se iniciarán a partir de que el nuevo CPMT reciba notificación escrita del cambio de residencia. Este Acuerdo de los Padres finalizará cuando el nuevo CPMT de la localidad implemente los servicios o cuando hayan expirado los 30 días calendario, lo que ocurra primero.
* Una localidad fuera de Virginia; este Acuerdo de los Padres se da por terminado de inmediato, es decir, el CPMT no tendrá la obligación de continuar financiando la colocación y el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) deberá(n) asumir la responsabilidad de la colocación y atención de su hijo/hija.

**CONDICIONES PARA LA FINALIZACIÓN DEL ACUERDO**

El presente es un acuerdo voluntario. Entiendo/entendemos que como padre(s)/tutor(es) legal(es) del/de la niño/niña, puedo/podemos revocar este acuerdo en cualquier momento. En caso de solicitar retiro del niño/niña de este servicio antes que finalice el acuerdo, yo/nosotros daremos 14 días calendario de aviso por escrito antes de la fecha en que esperamos que mi/nuestro/a hijo/hija regrese a casa.

Entiendo/entendemos que la Agencia puede dar por finalizado este acuerdo dándonos 30 días calendario de aviso por escrito, incluyendo los motivos y documentación que justifican tal decisión. Los motivos pueden incluir: determinación de la Agencia que en base al análisis de utilización y/o análisis del FAPT, la colocación no es del mejor interés para mi/nuestro/a hijo/hija, no es el escenario más apropiado o menos restrictivo para cumplir con las necesidades de mi/nuestro/a hijo/hija, o el/la niño/niña no está progresando adecuadamente en el lugar de colocación, o que he/hemos faltado al cumplimiento con los términos y condiciones del presente acuerdo.

Entiendo/entendemos, como tutor(es) legal(es) del niño, que en el caso de que la instalación se cierre inesperadamente, o si se le pide al joven que abandone la instalación antes de la fecha de alta acordada originalmente, la responsabilidad de hacer todos los arreglos para recoger a mi/nuestro hijo en el plazo proporcionado por la instalación es mío/nuestro.[[1]](#footnote-1) Asegurar otras ubicaciones, si es necesario, debe cumplir con todas las políticas y procedimientos de CSA si se necesitan fondos y están disponibles.

**PROCESO DE APELACIÓN**

Entiendo/entendemos que si no estoy/estamos de acuerdo con la decisión de la Agencia de dar por terminado el acuerdo, tengo/tenemos el derecho de apelar esta decisión remitiendo una solicitud por escrito siguiendo las políticas y procedimientos del CPMT de Fairfax-Falls Church sobre apelaciones, y luego, a través de cualquier proceso aplicable que se encuentre disponible de acuerdo con las políticas o leyes vigentes. Al firmar este acuerdo yo/nosotros reconozco/reconocemos haber recibido adjunto las políticas y procedimientos del CPMT de Fairfax-Falls Church.

**FIRMAS**

Se entregará una copia de este acuerdo a todas las partes firmantes y el original se colocará en la carpeta de CSA que se encuentra en 12011 Government Center Parkway, Fairfax, Va. Al firmar a continuación, cada una de las partes celebra el presente acuerdo bajo las condiciones descritas en este documento. El presente acuerdo no será válido mientras no se encuentre firmado por todos los padres/tutores que tengan la custodia del/de la menor, un representante de la agencia designada por el CPMT y un representante del Programa CSA de Fairfax-Falls Church. Las colocaciones efectuadas antes que todas las partes firmen el presente acuerdo no serán elegibles para la financiación CSA.

**PADRE/TUTOR LEGAL** **FECHA PADRE/TUTOR LEGAL** **FECHA**

**ADMINISTRADOR DEL CASO DE CSA (REPRESENTANTE DE CPMT DESIGNADO) FECHA**

**ADMINISTRATOR DE PROGRAMA DE CSA DE FAIRFAX-FALLS CHURCH FECHA**

Distribución:

❑ Original – Oficina del programa CSA❑ Copia para Padre/Tutor ❑ Copia para los Archivos de la Agencia

1. Agregado como Provisión Local de Fairfax-Falls Church, vigente desde el 4/8/2020 [↑](#footnote-ref-1)