

자발적 위탁 동의서(VPA)

발달장애를 지닌 아동 또는 청소년용

Voluntary Placement Agreement (VPA) For Child or Youth With Developmental Disabilities

본 문서는 발달장애부(DDA)와 부모/자발적 위탁 서비스(VPS)의 법적 대리인이 다음과 관련하여 체결한 동의서입니다.

아동의 성명(이름, 중간이름, 성)	생년월일	DDA ID 번호
---------------------	------	-----------

본 동의서에 서명함으로써, **DSHS / DDA와 아동의 부모/법적 대리인은 다음과 같은 사항에 동의하는 것입니다.**

- a. 아동은 18세 미만이며 RCW 71A.10.020("발달장애"란 보건사회부 장관이 정의한 한 개인의 지적 장애, 뇌성마비, 간질, 자폐증 혹은 기타 신경이나 다른 증상을 초래하는 장애 상태를 의미하며, 이 상태는 지적 장애와 밀접하게 연관되었거나 지적 장애가 있는 개인에게 필요한 것과 비등한 치료를 요구하는 증상이며, 이 장애 상태는 개인이 18세가 되기 전에 시작되어 계속되고 있거나 무기한 계속될 것으로 예상되며 개인에게 상당한 장애 상태를 야기한다)에 정의한 대로 발달장애가 있으며,
- b. 부모/법적 대리인에게 이 아동의 양육권이 있고 학대 및 방치와 관련하여 아동행정국과 미결 상태인 문제가 없으며,
- c. 가정 외 위탁이 아동에게 가장 유익한 해결책이며 이는 오로지 아동의 발달장애 문제 때문입니다.

아동이 미국 인디언 출신이라는 믿을 만한 이유가 있습니까? 예 아니오

'예'에 해당될 경우, 인디언 아동 복지 안내서에 있는 지시문을 따라주십시오. 이 아동이 다음 사항에 해당된다고 생각되면 본 양식을 사용하지 마십시오. 1) 연방 정부가 인정하는 인디언 부족 출신이거나 2) 연방 정부가 인정하는 인디언 부족의 일원으로 인정받을 자격이 있으며 아동의 친부모가 부족인 경우. 이러한 인디언 아동의 대리 양육(Foster Care) 위탁에 대한 자진 동의서는, 아동이 태어난 날로부터 10일 이후에 부모가 부족이나 소년 상급법원 판사 앞에서 동의서에 서명하고 판사가 해당 동의서를 승인하지 않는 이상 무효입니다. 인디언 아동의 부모 또는 인디언 보호자가 작성한 대리 양육 위탁 동의서를 사용하십시오.

부모 / 법적 대리인은 다음에 동의합니다.

저는 자진해서 상기에 이름한 아동을 보건사회부/발달장애부(DSHS/DDA)의 감독 하에 양육을 위탁하는 데 동의합니다. 저는 제 아이의 양육권을 유지합니다. 저는 제 아이를 위한 비용급 수술과 정기 진료에 동의하고 결혼, 군 입대, 기타 중요한 법적 결정을 승인할 수 있는 권한을 가지고 있습니다. 저는 승인된 대리 수취인이 제 아이에게 지급되는 복지 수당을 받아 관리하면서 그 자금을 제 아이가 받는 치료나 서비스 비용으로 사용하도록 승인합니다(청구인 혹은 기타 인물 진술서 참조). 저는 제가 서면으로 요청할 경우 본 동의서 효력이 종료된다는 사실을 압니다. 또한 제 아이가 RCW 13.34.050 또는 26.44.050에 따라 보호되거나, RCW 13.34.060에 준해 보호소에 위탁되거나, RCW 13.34.130에 준해 대리 양육에 위탁되지 않은 이상, 보건복지부/발달장애부(DDA)는 서면 요청서를 받은 때로부터 72시간 이내에 제 아이를 제게 돌려보내야 한다는 것을 이해하며 이에 동의합니다. 저는 또한 제 아이에 대한 양육권을 계속 유지하고 있으므로, 제 아이의 위탁에 문제가 생기거나 위탁하기에 적합한 곳이 없는 경우, 적합한 위탁 장소를 찾을 때까지 아이를 제 집으로 데려와야 한다는 사실을 알고 있습니다. 저는 DDA가 다음과 같은 의무와 책임을 다하는 것에 동의하고 이를 허락합니다.

1. 제 현주소 및 전화번호를 보건복지부(DDA)에 알립니다.
2. DDA 직원 및 제 아이를 보호하고 있는 이들과 협력해서 중요한 결정에 참여합니다.
3. 제 아이와 지속적으로 연락을 취하고, 유연히 탁아서비스 제공자와 함께 "공동 부양계획서(shared parenting plan)"를 작성해 이를 준수합니다.
4. 제 아이를 지원할 수 있도록 DDA에 의료, 사회, 신체, 행동, 범죄, 교육에 대한 자료를 제공합니다.
5. 사회보장국을 통하여 제 아이의 전체 혜택을 얻을 수 있도록 DDA와 협력합니다. 본인은 이러한 기금(아동 및/또는 입양 지원을 포함할 수 있음)이 제 아이의 기본적인 숙식비를 지불하기 위해 사용된다는 것을 이해하고 있으며 이에 동의합니다.
6. 워싱턴 주 또는 WAC 182-501-0175에 명시된 바와 같이 주 외부 인접 시 중 하나에 지속적으로 거주하겠습니다.
7. 제 아이의 개인 건강보험 및 치과보험(해당되는 경우) 가입을 유지하겠습니다.
8. 필요한 경우, 법원이 지시한 공동 부양 계획서 및/또는 이혼 판결서 사본을 DDA에 제출하겠습니다.

DDA는 위탁 시 다음 사항에 동의합니다.

1. 인가 받은 가정 또는 기관 가운데, 가급적 아동의 개인적, 문화적 요구사항에 적합한 곳에 아동을 위탁하겠습니다.
2. 아동을 위한 개별적인 지원 계획서를 부모/법적 대리인과 함께 작성하고, 적절하고 합당한 서비스를 제공하겠습니다.
3. 귀하가 부모로서의 권리와 책임을 유지하도록 도와드리겠습니다.
4. 아동을 자기 집이 아닌 다른 곳에 위탁하는 것이 아동에게 가장 유익한 조치이며, 이는 오로지 아이의 발달장애에 근거한 판단임을 인정하는 법원 판결을 매년 받겠습니다.
5. 부모/법적 대리인에게 아동의 관리, 위탁, 건강 상태를 지속적으로 알려드리겠습니다.

본 동의서의 효력 기간:

1. DSHS는 부모에게 서면으로 통지하거나 법정 절차를 개시하여 본 동의서 이행을 언제든 중단할 수 있습니다.
2. 본 동의서는 _____에 발효됩니다.
3. 아동의 위탁 기간은 180일을 초과할 수 없지만, 180일이 되기 전에 소년법원에서 위탁 사항을 검토해 위탁을 계속하는 것이 아동에게 가장 바람직하다고 판단하는 경우에는 예외입니다. 귀하는 관련 심의회 날짜를 통보받게 됩니다. 법원이 지속적인 위탁이 아동에게 최선의 선택이 아니라고 판단하는 경우, 위탁 합의가 종료됩니다.
4. 본 동의서는 관련 당사자들이 서명한 이전의 "자발적 위탁 동의서(VPA)"를 대신합니다.

부모/법적 대리인의 서명:	날짜
부모/법적 대리인의 서명:	날짜
DDA 사회 복지사 / 사회 복지사업 전문가의 서명	날짜

본인, _____, (부모의 이름을 정자로 기입할 것)은(는) 위증시 처벌을 받는다는 조건 하에, 본인이 이 아이의 법적 보호자 또는 양육계획서에 설명한 대로 아동이 대부분의 시간을 저와 함께 살고 있거나 이 합의서에 동의한 양육 계획서를 준수할 권한이 있는 사람이라는 진술 내용의 사실성과 정확성을 증명합니다.

부모/법적 대리인 서명

날짜

장소(주, 시)

청구인 혹은 기타 인물 진술서

Statement of Claimant or Other Person

임금 노동자, 자영업자 혹은 SSI 청구인의 이름	사회보장번호
진술인 이름(상기 임금 노동자, 자영업자 혹은 SSI 청구인이 아닌 다른 인물인 경우)	임금 노동자, 자영업자 혹은 SSI 청구인과의 관계

본 진술서는 사회보장국에 제출할 용도라는 사실을 알기에, 저는 다음과 같은 사실을 보증합니다.

본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에, 본 양식 및 첨부한 진술서나 양식에 기재한 모든 정보가 제가 아는 한 올바르게 정확한 정보임을 선서합니다. 본인은 본 정보의 중요 사실에 대하여 고의로 잘못된 진술 혹은 허위 진술을 하거나 다른 사람이 그런 행동을 하게끔 하는 것은 범죄 행위라는 사실을 알고 있으며, 이 경우 징역형이나 다른 처벌 혹은 두 가지 처벌을 다 받을 수 있다는 사실을 이해합니다.

진술인 서명 **잉크로 기입.**

부모/보호자 서명(이름, 중간이름 이니셜, 성)	날짜(월, 일, 연도)
여기에 서명 <small>화선시오</small>	전화번호(지역번호 포함)
우편 주소(번지수와 거리 이름, 아파트 동/호수, 사서함, 지방 우편배달 구역)	
시 및 주	우편번호

부모/보호자 서명(이름, 중간이름 이니셜, 성)	날짜(월, 일, 연도)
여기에 서명 <small>화선시오</small>	전화번호(지역번호 포함)
우편 주소(번지수와 거리 이름, 아파트 동/호수, 사서함, 지방 우편배달 구역)	
시 및 주	우편번호

증인은 본 진술서의 상기 서명란에 X자로 서명한 경우에만 필요합니다. X자로 서명한 경우, 이 사람을 아는 증인 2명이 아래에 서명하고 본인의 상세 주소를 적어야 합니다.

1. 증인 서명	2. 증인 서명
주소(번지수와 거리 이름, 시, 주, 우편번호)	주소(번지수와 거리 이름, 시, 주, 우편번호)