

Договор о добровольном помещении ребенка или подростка с пороком развития в другую семью/ учреждение (VPA) Voluntary Placement Agreement (VPA) For Child or Youth With Developmental Disabilities

Настоящее является соглашением между Администрацией по вопросам инвалидности вследствие пороков развития (Developmental Disabilities Administration, DDA) и родителем / законным представителем в рамках оказания услуг по добровольному размещению (Voluntary Placement Services, VPS) в отношении:

ПОЛНОЕ ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, ВТОРОЕ ИМЯ/ ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР DDA
---	---------------	-----------------------------

Подписывая настоящее соглашение, **Департамент DSHS / Администрация DDA и родители(-и) / законный(-ые) представитель(-и) ребенка выражают свое согласие со следующим:**

- a. Указанный ребенок моложе 18 лет и имеет порок развития согласно определению, приведенному в RCW 71A.10.020 («"Порок развития" означает инвалидность вследствие умственной отсталости, церебрального паралича, эпилепсии, аутизма либо другого неврологического или иного заболевания, которое, по определению начальника департамента (secretary), тесно связано с умственной отсталостью или требует лечения, аналогичного тому, которое необходимо лицам с умственной отсталостью, чья инвалидность наступила до того, как данное лицо достигло восемнадцатилетнего возраста, и которое длилось или ожидается, что будет продолжаться в течение неограниченного периода времени, и которое накладывает существенные ограничения на функции данного лица»). *А также*
- b. Родитель / законный представитель является официальным опекуном ребенка, и в отношении него нет незакрытых дел о жестоком обращении или отсутствии заботы о ребенке, находящихся на рассмотрении в Администрации по делам детей, *а также*
- c. Помещение ребенка в другую семью/ учреждение будет отвечать наилучшим интересам ребенка и производится исключительно по причине наличия у него/нее пороков развития.

Есть ли основания считать, что ребенок может быть американским индейцем? Да Нет

Если да, то следуйте инструкциям «Руководства по обеспечению благополучия детей-индейцев» (Indian Child Welfare Manual). Не пользуйтесь этой формой, если есть основания считать, что ребенок является: 1) членом индейского племени, получившего признание на федеральном уровне; либо 2) имеет право быть членом признанного на федеральном уровне индейского племени, а биологический родитель ребенка является членом племени. Добровольное согласие на временное помещение в приемную семью недействительно для детей индейцев, за исключением случаев, когда разрешение было подписано родителем в присутствии судьи племени или судьи по делам несовершеннолетних суда высшей инстанции более чем через десять (10) дней после рождения ребенка, и при условии что это разрешение было утверждено судьей. Используйте форму соглашения на размещение на патронатное воспитание, обеспечиваемое родителем-индейцем или опекуном-индейцем.

Родитель / законный представитель выражает согласие со следующими условиями:

Я добровольно соглашаюсь с тем, чтобы вышеуказанного ребенка поместили под опеку и надзор DSHS/DDA. **Я остаюсь опекуном своего ребенка.** Я сохраняю за собой право давать разрешение на плановые операции и регулярное медицинское обслуживание, согласие на вступление в брак, запись в вооруженные силы и принимать другие важные юридические решения в интересах моего ребенка. Я разрешаю официально утвержденному агенту распоряжаться всеми видами помощи, на которые может претендовать мой ребенок, и использовать эти средства для оплаты ухода и услуг, предоставляемых моему ребенку (см. форму заявления претендента на права или иного лица). Я понимаю, что настоящий договор будет прерван, если я подам об этом письменный запрос. Я также понимаю и соглашаюсь с тем, что моего ребенка должны вернуть мне в течение 72 часов после того, как DDA получит письменный запрос, за исключением тех случаев, когда моего ребенка арестовали в соответствии с RCW 13.34.050 или 26.44.050, поместили в приют в соответствии с RCW 13.34.060 или временно поместили в приемную семью в соответствии с RCW 13.34.130. **Я также понимаю, что поскольку я продолжаю оставаться опекуном моего ребенка, то в случае, если пребывание моего ребенка в приемной семье прервется и не будет другого подходящего места, куда его можно поселить, я должен (-на) буду забрать ребенка к себе домой до тех пор, пока для него не будет найдено подходящее место жительства.** Я разрешаю DDA принимать нижеуказанные меры и соглашаюсь выполнять нижеуказанные обязанности:

1. Сообщать DDA обо всех изменениях моего текущего адреса проживания и домашнего телефона.
2. Участвовать в принятии решений, касающихся ухода за моим ребенком, и сотрудничать с персоналом DDA и лицами, ухаживающими за моим ребенком.
3. Поддерживать личный контакт с моим ребенком и принимать участие в разработке и выполнении «Плана по совместному исполнению родительских обязанностей» с лицензированным лицом, ухаживающим за моим ребенком.
4. Предоставлять DDA сведения о медицинском, социальном, физическом состоянии моего ребенка, его поведении, уголовно наказуемых действиях и образовании в целях обеспечения правильного ухода за ним.
5. Сотрудничать с DDA, обеспечивая получение моим ребенком всех причитающихся ему пособий, предоставляемых Управления социального обеспечения (Social Security Administration). Я понимаю, что средства этих пособий (которые также могут включать в себя помощь ребенку и/или помощь в рамках усыновления) используются для оплаты основных услуг проживания и питания, предоставляемых моему ребенку;
6. Проживать на территории штата Вашингтон или находящихся за пределами штата приграничных населенных пунктов, перечисленных в регламенте WAC 182-501-0175;
7. Сохранять частное медицинское и стоматологическое страхование моего ребенка (если применимо).
8. Предоставить DDA копию утвержденного судом плана по совместному исполнению родительских обязанностей и/или судебного решения о разводе, если это применимо.

После помещения ребенка в другую семью/учреждение DDA соглашается:

1. По возможности, поместить ребенка в имеющие лицензию семью или учреждение, которые смогут удовлетворить индивидуальные и культурные потребности ребенка.
2. Взаимодействуя с родителем / законным представителем разработать индивидуальный план ухода за ребенком и обеспечить предоставление соответствующего доступного обслуживания;
3. Помочь вам сохранять свое родительские права и обязанности.
4. Получить ежегодное юридическое признание того, что помещение ребенка в другую семью / учреждение отвечает его наилучшим интересам и производится исключительно по причине наличия у него/нее порока развития.
5. Информировать родителя / законного представителя об уходе за ребенком, его проживании в другой семье / учреждении и состоянии здоровья ребенка.

Ограничения настоящего договора:

1. DSHS может в любое время прервать действие настоящего договора, направив родителю письменное извещение или начав судебное разбирательство.
2. Настоящее соглашение вступает в силу _____.
3. Ребенок не может оставаться в другой семье/ учреждении более 180 дней, за исключением случаев, когда до истечения этого срока судья по делам несовершеннолетних рассмотрит данный вопрос и сочтет, что продление пребывания в другой семье/ учреждении отвечает наилучшим интересам ребенка. Вы будете извещены о датах проведения всех слушаний. Если суд сочтет, что продление пребывания в другой семье/ учреждении не отвечает наилучшим интересам ребенка, то договор о помещении в другую семью/ учреждение будет расторгнут.
4. Настоящий договор заменяет любые предыдущие VPA, подписанные сторонами.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

ПОДПИСЬ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА DDA / СПЕЦИАЛИСТА ПО ОКАЗАНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

ДАТА

Я, _____, (ВПИШИТЕ ИМЯ И ФАМИЛИЮ РОДИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ) под страхом наказания за лжесвидетельство подтверждаю, что нижеуказанные сведения являются правдивыми и точными, что я являюсь официальным опекуном ребенка или что ребенок проживает со мной большую часть времени, как указано в родительском плане, или что в соответствии с родительским планом я имею право согласиться на условия настоящего договора.

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

В

НАСЕЛЕННЫЙ ПУНКТ (ГОРОД, ШТАТ)

Заявление претендента на права или иного лица Statement of Claimant or Other Person

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОЛУЧАТЕЛЯ ЗАРАБОТКА, САМОЗАНЯТОГО ЛИЦА ИЛИ ПРЕТЕНДЕНТА НА ПОСОБИЯ SSI	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЛИЦА, ДЕЛАЮЩЕГО ЗАЯВЛЕНИЕ (ЕСЛИ ТАКОЕ ЛИЦО ОТЛИЧНО ОТ ВЫШЕНАЗВАННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ ЗАРАБОТКА, САМОЗАНЯТОГО ЛИЦА ИЛИ ПРЕТЕНДЕНТА НА ПОСОБИЯ SSI)	КЕМ ПРИХОДИТСЯ ПОЛУЧАТЕЛЮ ЗАРАБОТКА, САМОЗАНЯТОМУ ЛИЦУ ИЛИ ПРЕТЕНДЕНТУ НА ПОСОБИЯ SSI
Осознавая, что данное заявление будет направлено Управлению социального обеспечения, я настоящим удостоверяю следующее:	
Я заявляю под угрозой наказания за лжесвидетельство, что ознакомился(-лась) со всеми сведениями, приведенными в данном документе и во всех сопровождающих его заявлениях и формах, и что, насколько мне известно, все эти сведения являются правдивыми и точными. Я понимаю, что любое лицо, делающее заведомо ложное или намеренно вводящее в заблуждение заявление о любом материальном факте, приведенном в этих сведениях, либо побуждающее к таким действиям другое лицо, совершает преступление и может быть отправлено в тюрьму и/или понести иное наказание.	
Подпись лица, делающего заявление Пишите чернилами.	
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ ОПЕКУНА (ИМЯ, ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ/ ОТЧЕСТВА, ФАМИЛИЯ)	ДАТА (МЕСЯЦ, ЧИСЛО, ГОД)
МЕСТО ПОДПИСИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (№ ДОМА И УЛИЦА, № КВАРТИРЫ, № П/Я, ЗОНА ДОСТАВКИ ПОЧТЫ В СЕЛЬСКУЮ МЕСТНОСТЬ)	
ГОРОД И ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ ОПЕКУНА (ИМЯ, ИНИЦИАЛ ВТОРОГО ИМЕНИ/ ОТЧЕСТВА, ФАМИЛИЯ)	
ДАТА (МЕСЯЦ, ЧИСЛО, ГОД)	
МЕСТО ПОДПИСИ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД МЕСТНОСТИ)
ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (№ ДОМА И УЛИЦА, № КВАРТИРЫ, № П/Я, ЗОНА ДОСТАВКИ ПОЧТЫ В СЕЛЬСКУЮ МЕСТНОСТЬ)	
ГОРОД И ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
Свидетели требуются ТОЛЬКО если вместо подписи выше на данном заявлении поставлен знак (X). Если вместо подписи выше на данном заявлении поставлен знак (X), то ниже требуются подписи и полные адреса двух свидетелей, которые знают лицо, сделавшее заявление и поставившее знак (X).	
1. ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ	2. ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ
АДРЕС (№ ДОМА И УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)	АДРЕС (№ ДОМА И УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)