

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:**

- 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*
- 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*
- 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:

- Сообщать DDA обо всех изменениях моего текущего адреса проживания и домашнего телефона.
- Участвовать в принятии решений, касающихся ухода за моим ребенком, и сотрудничать с персоналом DDA и лицами, ухаживающими за моим ребенком.
- 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.
- Предоставлять DDA сведения о медицинском, социальном, физическом состоянии моего ребенка, его поведении, уголовно наказуемых действиях и образовании в целях обеспечения правильного ухода за ним.
- 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;
- Проживать на территории штата Вашингтон или находящихся за пределами штата приграничных населенных пунктов, перечисленных в регламенте WAC 182-501-0175;
- Сохранять частное медицинское и стоматологическое страхование моего ребенка (если применимо).
- 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
<p>Осознавая, что данное заявление будет направлено Управлению социального обеспечения, я настоящим удостоверяю следующее:</p>	
<p>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.</p>	
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
<p>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).</p>	
1. ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ	2. ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ
АДРЕС (№ ДОМА И УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)	АДРЕС (№ ДОМА И УЛИЦА, ГОРОД, ШТАТ, ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС)