



## Acuerdo de colocación voluntaria (VPA) para niño o joven con discapacidades del desarrollo

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

El presente contrato se suscribe entre la Administración de Discapacidades del Desarrollo (DDA) y el padre o representante legal de Servicios de Colocación Voluntaria (VPS) respecto de:

NOMBRE DEL NIÑO (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE ID DE DDA
---	---------------------	---------------------

Al firmar el presente, **DSHS / DDA y el padre o tutor del niño acuerdan lo siguiente:**

- a. El niño es menor de 18 años y tiene una discapacidad del desarrollo como se define en RCW 71A.10.020 ("Discapacidad del Desarrollo" significa una discapacidad atribuible a discapacidad intelectual, parálisis cerebral, epilepsia, autismo u otra condición neurológica u otra de una persona que el secretario afirma que está estrechamente relacionada con una discapacidad intelectual o que requiere de un trato similar al que se requiere para las personas con discapacidad intelectual, cuya discapacidad se origina antes de que la persona alcance la edad de dieciocho años, que ha continuado o se puede esperar que continúe indefinidamente, y que constituye una limitación importante para el individuo.) y
- b. El padre/tutor tiene la custodia del niño y no hay problemas no resueltos pendientes sobre temas de abuso y negligencia con la Administración de Niños y
- c. La colocación fuera del hogar es lo mejor para el niño y se debe exclusivamente a su discapacidad del desarrollo.

¿Hay alguna razón para creer que el niño pueda tener ancestros indígenas?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, siga las instrucciones del Manual de Bienestar del Niño Indígena. No utilice este formulario si hay razones para creer que el niño es: 1) miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal, o 2) elegible para ser miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal y que los padres biológicos del niño sean miembros de la tribu. No son válidos los consentimientos voluntarios para la colocación de cuidado temporal para niños indígenas a menos que el consentimiento sea firmado por los padres ante un juez de la corte tribal o de la corte superior juvenil, más de diez (10) días después del nacimiento del niño y a menos que el consentimiento haya sido aprobado por el juez. Utilice el consentimiento de colocación de cuidado temporal del padre del niño indígena o del custodio indígena.

#### **El padre o representante legal acepta lo siguiente:**

Acepto voluntariamente que el niño antes nombrado sea puesto en cuidado y bajo la supervisión del DSHS/DDA. **Conservo la custodia de mi hijo.** Conservo la autoridad para autorizar una cirugía que no sea de emergencia y atención médica de rutina, el consentimiento para el matrimonio, para alistarse en las fuerzas armadas y para tomar otras decisiones legales importantes para mi hijo. Autorizo al beneficiario representante aprobado para administrar los beneficios que mi hijo sea elegible para recibir y utilizar esos fondos para cubrir el costo de la atención y los servicios proporcionados a mi hijo (ver Acuerdo del solicitante u Otra persona). Comprendo que este acuerdo finalizará bajo solicitud por escrito. También estoy de acuerdo y comprendo que se me devolverá a mi hijo 72 horas después de que DDA reciba solicitud por escrito a menos que mi hijo haya sido puesto bajo custodia de acuerdo con RCW 13.34.050 ó 26.44.050, haya sido colocado en un refugio de cuidado conforme con RCW 13.34.060 o haya sido colocado en un hogar de cuidado temporal de acuerdo con RCW 13.34.130. **También entiendo que debido a que conservo la custodia de mi hijo, si la colocación de mi hijo crea problemas, y no hay otra colocación apropiada disponible, tengo que llevar a mi hijo de vuelta a mi casa hasta que se desarrolle un lugar apropiado.** Autorizo a la DDA y estoy de acuerdo en llevar a cabo las siguientes funciones y responsabilidades descritas a continuación:

- 1. Mantener informado a DDA de mi dirección actual y número de teléfono;
- 2. Participar y trabajar en cooperación con el personal de DDA y las personas que cuidan a mi hijo en la toma de decisiones;
- 3. Mantener un contacto personal con mi hijo y participar en el desarrollo conjunto y seguir un "plan de paternidad compartida" con el proveedor de cuidado;
- 4. Brindar a DDA la información médica, social, física, de comportamiento, criminal y educativas para asegurar el cuidado apropiado de mi hijo;
- 5. Cooperar con DDA para obtener todos los beneficios de mi hijo por intermedio de la Administración de Seguridad Social. Comprendo y acepto que estos fondos (que además podrán incluir pensión alimentaria y soporte financiero para la adopción) se utilizan para pagar los gastos básicos de alojamiento y comidas de mi hijo.
- 6. Continúo viviendo en el estado de Washington o en una de las ciudades limítrofes reconocidas fuera del estado según se indica en WAC 182-501-0175;
- 7. Para mantener la inscripción de mi hijo en la salud privada y seguro dental (si es aplicable), y
- 8. Brindarle a DDA una copia de la orden judicial del plan de paternidad compartida y/o sentencia de divorcio cuando sea el caso.



## Acuerdo del solicitante u Otra persona

### Statement of Claimant or Other Person

NOMBRE DEL ASALARIADO, PROFESIONAL INDEPENDIENTE O SOLICITANTE SSI	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZÓ LA DECLARACIÓN (SI ES OTRO DIFERENTE AL ASALARIADO ANTERIOR, PROFESIONAL INDEPENDIENTE O SOLICITANTE SSI)	RELACIÓN CON EL ASALARIADO, PROFESIONAL INDEPENDIENTE O SOLICITANTE SSI

Comprendo que esta declaración es para el uso de la Administración de la Seguridad Social, por la presente certifico que:

**Declaro bajo pena de perjurio, que he examinado toda la información en este formulario y cualquier declaración o formulario adjunto es verdadero y correcto en mi mejor conocimiento. Comprendo que si cualquier persona da una declaración falsa o engañosa adrede sobre un hecho material en esta información o hace que alguien más lo haga, comete un delito y puede ser enviado a la cárcel o enfrentar otras sanciones o ambos.**

**Firma de la Persona que hizo la Declaración. Escriba con tinta.**

FIRMA DEL PADRE/TUTOR (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	FECHA (MES, DÍA, AÑO)
FIRME AQUÍ 	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN POSTAL (NÚMERO Y CALLE, NÚMERO DE DEPARTAMENTO, CÓDIGO POSTAL, RUTA RURAL)	
CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL

FIRMA DEL PADRE/TUTOR (PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	FECHA (MES, DÍA, AÑO)
FIRME AQUÍ 	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO DE ÁREA)
DIRECCIÓN POSTAL (NÚMERO Y CALLE, NÚMERO DE DEPARTAMENTO, CÓDIGO POSTAL, RUTA RURAL)	
CIUDAD Y ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Los testigos son necesarios SOLO si esta declaración ha sido firmada con una marca (X) anteriormente. Si está firmado con una marca (X), dos testigos de la firma que conocen a la persona deben firmar a continuación, dando sus direcciones completas.

1. FIRMA DEL TESTIGO	2. FIRMA DEL TESTIGO
DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)	DIRECCIÓN (NÚMERO Y CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)