



## ACUERDO PARENTAL DE LA CSA

El presente acuerdo parental de la CSA (en adelante, el “acuerdo”) se celebra el \_\_\_\_\_ (fecha) en Arlington, Virginia, entre \_\_\_\_\_, el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) de \_\_\_\_\_ (un menor de dieciocho años) nacido \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_, una agencia pública designada por, y que actúa como agente del equipo de gestión y política comunitaria de Arlington, VA (en adelante, la agencia”).

- Marque esta casilla si todas las partes firmantes están de acuerdo en que la colocación de este menor en un hogar o centro autorizado por el estado es:
- en el interés superior del menor en este momento,
  - el entorno más apropiado y menos restrictivo para satisfacer las necesidades del menor en este momento, y
  - acordado por los miembros del Equipo de Evaluación y Planificación Familiar (FAPT) del menor y el/los padre(s) o tutor(es) legal(es).
- Marque esta casilla si esta colocación fue ordenada por el tribunal y, por lo tanto, no es una colocación parental voluntaria.

### **AUTORIDAD DE COLOCACIÓN**

Como padre(s)/tutor(es) legal(es) del menor indicado anteriormente, yo/nosotros tenemos la autoridad legal para planificar para él/ella y voluntariamente colocarlo/a el \_\_\_\_\_ (fecha) en un hogar aprobado por el estado o en una instalación con licencia por un período que no exceda un año.

### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES: PADRE(S)/TUTOR(ES)**

1. Yo/nosotros mantengo/mantenemos la custodia legal de mi/nuestro/a hijo/a.
2. Estoy/estamos de acuerdo en que el objetivo es que mi/nuestro/a hijo/a regrese a casa tan pronto como se considere oportuno.
3. Intentaré/intentaremos dentro de la medida de mis/nuestras posibilidades:
  - Participar de forma activa y coherente en todos los aspectos de la evaluación, la planificación y la implementación de los servicios durante todo el período de vigencia del presente acuerdo.
  - Asistir y participar en las reuniones del FAPT con el fin de planificar, revisar y supervisar el plan de servicios en relación con las necesidades de mi/nuestro/a hijo/a y de nuestra familia.
  - Asistir y participar en sesiones de terapia familiar, formación para padres u otros servicios para los miembros de la familia, tal y como se describe en el Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP).
  - Participar activamente en las visitas programadas y aprobadas con mi/nuestro/a hijo/a.

- Proporcionar toda la información y documentación necesarias al FAPT y a la agencia para los servicios y la colocación de mi/nuestro/a hijo/a.
4. Yo/nosotros proporcionaremos al centro de tratamiento lo siguiente:
    - Consentimiento por escrito para tratamientos y cuidados médicos de rutina, incluidos el tratamiento de emergencia. Cualquier tratamiento o servicio propuesto que presente un riesgo significativo para mi/nuestro/a hijo/a, incluida la cirugía o el tratamiento con medicamentos psicoactivos, requerirá mi/nuestro/a consentimiento informado específico.
    - Todos los números de teléfono de emergencia necesarios para comunicarse conmigo/con nosotros.
  5. Acepto/aceptamos permanecer en la localidad para participar en los servicios para mi/nuestro/a hijo/a. Si hay una causa de fuerza mayor que requiera que yo/nosotros no pueda/podamos participar activamente en los servicios durante más de 2 semanas, acepto/aceptamos informar al Equipo de Políticas y Administración de la Comunidad (CPMT) de inmediato. El CPMT completo debe aprobar mi/nuestra ausencia con anticipación.
  6. Acepto/aceptamos informar al CPMT de la localidad actual de cualquier plan para trasladar mi/nuestra residencia física fuera de esta jurisdicción.

### **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES: AGENCIA DESIGNADA POR EL CPMT**

La agencia se compromete a:

- trabajar conmigo/nosotros y con mi/nuestro/a hijo/a para desarrollar y proporcionar servicios de gestión de casos y para aplicar el IFSP,
- proporcionarme/nos información específica sobre el caso, de conformidad con las políticas y procedimientos locales establecidos por el CPMT y la legislación pertinente, y
- gestionar el uso de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por el CPMT.

### **AUTORIDAD FISCAL/CONDICIONES DE PAGO**

Los pagos por servicios se efectuarán y documentarán para todas las partes de acuerdo con las políticas y procedimientos aprobados por el CPMT y podrán incluir:

- copago de los padres,
- pólizas de seguros,
- manutención infantil (División de Ejecución de la Manutención Infantil),
- recursos federales o estatales, y
- fondos comunes de la CSA.

1. El pago de los costos de los servicios con fondos de la CSA solo se autorizará para aquellos servicios incluidos en el IFSP que hayan sido aprobados de acuerdo con las políticas y procedimientos establecidos por el CPMT y que cumplan con todas las políticas fiscales y de adquisición pertinentes de la ciudad/condado.
2. El/Los padre(s)/tutor(es) legal(es) acepta(n) solicitar Medicaid, FAMIS u otros fondos y recursos públicos o privados, según corresponda, dentro de los 30 días de la colocación para ayudar a pagar los servicios prestados de acuerdo con el IFSP.
3. El/Los padre(s)/tutor(es) legal(es) acepta(n) participar en el proceso de IACCT (Certificación de evaluación independiente y equipo de coordinación) luego de la notificación de elegibilidad para Medicaid. El proceso de IACCT determinará si Medicaid financiará una parte de la colocación.
4. En caso de que el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) no solicite(n) Medicaid, FAMIS u otros fondos y recursos públicos o privados, según corresponda, dentro de los 30 días de la colocación, el condado de Arlington no autorizará más pagos por esta colocación hasta el momento en que el/los padre(s) hagan la solicitud a Medicaid. El/Los padre(s) será(n) financieramente responsable(s) de los costos de tratamiento o educación aplicables desde el momento de la colocación.
5. El/Los padre(s)/tutor(es) legal(es) acepta(n) abonar el copago del/de los padre(s) determinado de acuerdo con las políticas y procedimientos del CPMT.
6. Además, el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) conservará(n) ciertas responsabilidades financieras relacionadas con el cuidado de su hijo/a que son responsabilidades parentales normales y habituales, incluidas, entre otras, la ropa, los artículos de aseo, los artículos de cuidado personal y las asignaciones para gastos, así como otros artículos especiales que se enumeran aquí:

---
7. Las partes acuerdan que la Oficina de Servicios para la Infancia de Virginia (OCS) será una de las partes de este acuerdo y que la firma del CPMT se considerará estampada en nombre de la OCS con el único propósito de conferir a la OCS la autoridad para presentar un reclamo contra el/los padre(s) o tutor(es) legal(es) nombrado(s) en este documento por el incumplimiento o la negativa de dicho(s) padre(s) o tutor(es) legal(es) a pagar la suma acordada a tiempo. Dicho reclamo de pago por parte de la OCS se realizará únicamente a petición del CPMT y a través de la División de Cobro de Deudas del Departamento de Derecho de la Oficina del Fiscal General cuando no pueda remitirse una acción de cobro a la División de Ejecución de la Manutención Infantil del Departamento de Servicios Sociales.

8. El/los padre(s)/tutor(es) legal(es) es/son consciente(s) de que si se muda(n) fuera de la ciudad/condado representado por este CPMT, no hay garantía de que el CPMT en la nueva localidad de Virginia, o la jurisdicción de cualquier otro estado, respetará este acuerdo y la colocación de su hijo/a puede ser interrumpida. También se compromete(n) a informar al CPMT de la localidad actual de cualquier plan para trasladar su residencia física fuera de esta jurisdicción.

El/Los padre(s)/tutor(es) legal(es) entienden además que, si cambian de residencia a:

- otra localidad de Virginia, la nueva localidad tiene hasta **30** días calendario para determinar qué servicios y acuerdos adecuados se aplicarán de acuerdo con sus políticas de CPMT. El plazo de **30** días calendario comienza cuando el nuevo CPMT recibe la notificación por escrito del cambio de residencia. Este acuerdo parental terminará cuando el CPMT de la nueva localidad implemente los servicios o cuando hayan transcurrido los **30** días calendario, lo que ocurra primero.
- una localidad fuera de Virginia, este acuerdo parental termina de inmediato, lo que significa que el CPMT no tiene ninguna obligación de seguir financiando la colocación, y el/los padre(s)/tutor(es) legal(es) debe(n) asumir la responsabilidad de la colocación y el cuidado del menor.

### **CONDICIONES PARA LA TERMINACIÓN DEL ACUERDO**

Este acuerdo es voluntario. Entiendo/entendemos que, como padre(s)/tutor(es) legal(es) de mi/nuestro/a hijo/a, puedo/podemos revocar este acuerdo en cualquier momento. Si yo/nosotros solicito/solicitamos que se devuelva a mi/nuestro/a hijo/a antes de la finalización de este acuerdo, yo/nosotros proporcionaré/proporcionaremos una notificación por escrito con **30** días de antelación a la fecha en la que yo/nosotros espero/esperamos que se devuelva a mi/nuestro/a hijo/a.

Entiendo/entendemos que la agencia puede rescindir este acuerdo notificándome/notificándonos por escrito con **30** días de antelación, incluyendo las razones y la documentación que respalde las razones de la terminación. Las razones pueden incluir: que la agencia determine, basándose en una revisión de la gestión de uso o de otro modo, que la colocación no es en el mejor interés de mi/nuestro/a hijo/a, que no es el entorno más apropiado o menos restrictivo para satisfacer las necesidades de mi/nuestro/a hijo/a, o que el menor no está progresando adecuadamente en la colocación; o que yo/nosotros incumpla(mos) las condiciones y términos de este acuerdo.

## PROCESO DE APELACIÓN

Entiendo/entendemos que si no estoy/estamos de acuerdo con la decisión de la agencia de terminar este acuerdo, tengo/tenemos derecho a apelar esta decisión presentando una solicitud por escrito siguiendo las políticas y procedimientos locales del CPMT sobre apelaciones, y posteriormente mediante cualquier proceso aplicable disponible en virtud de la política o ley vigente. Al firmar este acuerdo, yo/nosotros acuso/acusamos recibo de las políticas y procedimientos locales del CPMT en materia de apelaciones.

### FIRMAS

Se entregará una copia de este acuerdo a todas las partes firmantes y el original se archivará en el expediente del niño que se encuentra en 2100 Washington Blvd. Arlington VA. Al firmar a continuación, cada una de las partes suscribe el presente acuerdo en las condiciones establecidas.

\_\_\_\_\_  
**PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

\_\_\_\_\_  
**REPRESENTANTE DE LA AGENCIA  
DESIGNADO POR EL CPMT**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**