

## اتفاقية برنامج Fostering Futures لتقديم الدعم والخدمات الطوعية المستمرة

الغرض: برنامج Fostering Futures هو برنامج طوعي يُقدّم الخدمات والدعم إلى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و21 عامًا، الذين بلغوا سن 18 عامًا وهم قيد الكفالة، أو الذين كانوا قيد الكفالة قبل إيداعهم في إدارة قضاء الأحداث مباشرةً. واتفاقية برنامج Fostering Futures لتقديم الدعم والخدمات الطوعية المستمرة (المشار إليها باسم الاتفاقية) هي اتفاقية بين الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية والفرد (المشار إليه باسم المشارك).

التعليمات: سيراجع موظف الخدمات بالإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية كل قسم في هذه الاستمارة مع المشارك، وسيشرح له أي جزء فيها حسب الحاجة قبل توقيع المشارك ومدير الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية (أو من ينوب عنه). وتُعدّ التوقيعات إقرارًا بأن كلا الطرفين يفهم الاتفاقية وسيلتزم بها حتى وقت إنهاؤها.

يُرجى توضيح ما إذا كانت هذه: \_\_\_\_\_ اتفاقية أولية أم \_\_\_\_\_ اتفاقية إعادة دخول

### قسم المشارك

#### تدخّل المحكمة

المشارك: \_\_\_\_\_ لقد التقيت أنا \_\_\_\_\_ (اسم المشارك) بأحد موظفي الخدمات للتحدث عن الدخول الطوعي قيد الكفالة بصفتي شائبًا بالغًا كان في الماضي مكفولًا ويبلغ من العمر (يُرجى اختيار الخيار المناسب) \_\_\_\_\_ 18 سنة \_\_\_\_\_ 19 سنة \_\_\_\_\_ 20 سنة. وبتوقيع هذه الاتفاقية، أدرك أنني أوافق بمحض اختياري على الدخول قيد الكفالة، من أجل الحصول على الخدمات من خلال برنامج Fostering Futures. ولا يعني ذلك أنني في حضارة الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية.

وأوافق على الإقامة في بيئة معيشية مستقلة خاضعة للإشراف (مثل بيت كافل، أو برنامج سكن انتقالي، أو برنامج شقق معيشة مستقلة، أو سكن جماعي أو شقة، أو مرفق للرعاية الدائمة، أو ترتيب معيشي مستقل)، كما هو موضح في خطة الكفالة، تحت مسؤولية \_\_\_\_\_ (الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية) من حيث الإيداع والرعاية.

وأوافق على حضور جلسة قضائية أولية لكي يتسنى للمحكمة النظر في اعتماد هذه الاتفاقية بالإضافة إلى خطة الكفالة. وأوافق أيضًا على حضور أي جلسات قضائية إضافية تقررها المحكمة و/أو مراجعات إدارية تقررها الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية.

#### الأهلية

المشارك: أوافق على العيش في بيئة معيشية مستقلة خاضعة للإشراف. وأوافق أيضًا، من أجل البقاء قيد الكفالة، على ما يلي:

1. إتمام المرحلة التعليمية الثانوية أو برنامج تعليمي يمنح شهادة معادلة لها؛ أو
  2. الالتحاق بمؤسسة للتعليم ما بعد الثانوي أو التعليم المهني؛ أو
  3. العمل لمدة 80 ساعة شهريًا على الأقل؛ أو
  4. المشاركة في برنامج أو نشاط يهدف إلى تعزيز التوظيف أو إزالة العوائق التي تحول دون التوظيف، أو
  5. لن أستطيع القيام بأي من الأنشطة المذكورة أعلاه بسبب حالة مرضية مؤثقة
- أوافق على التعاون مع الهيئة وتقديم الوثائق المتعلقة باستمرار أهليتي بانتظام.

#### التخطيط

المشارك: أوافق على المشاركة في إعداد خطة الكفالة الخاصة بي، بما في ذلك خطة الانتقال إلى العيش المستقل مع الهيئة، وحضور جميع مراجعات خطة الكفالة، وإخطار الهيئة بكيفية الاتصال بي في جميع الأوقات.

## إذن بتقديم المعلومات المالية والطبية والتعليمية

المشارك: أوافق على تقديم وثائق إلى الهيئة للتحقق من استمرار أهليتي، وذلك فيما يخص معلوماتي المالية والطبية (بما في ذلك الصحة النفسية) والمهنية/التعليمية.

### التأمين الطبي

المشارك: أوافق على التقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية، وتقديم المعلومات اللازمة لإثبات استمرار الأهلية. وأدرك أنني قد أكون مسؤولاً عن تحمّل تكلفة الخدمات الطبية غير المشمولة بالتأمين.

### الخدمات

المشارك: أوافق على الوفاء بمسؤولياتي على النحو الموضح في خطة الكفالة وخطة الانتقال، والمشاركة في الخدمات المحددة، وحضور الزيارات مع الأخصائي المسؤول عن حالتي، وإخطار الهيئة باحتياجاتي.

### إنهاء الاتفاقية

المشارك: أدرك أن الاتفاقية طوعية، وأني يجوز لي إنهاؤها في أي وقت. وأوافق على إخطار الهيئة بنيتي وأسباب رغبتني في إنهاء هذه الاتفاقية. وأدرك أن الهيئة سترسل إخطاراً خطياً لإبلاغي بالآثار السلبية المحتملة الناتجة عن الإنهاء، وبخيار إعادة دخول برنامج Fostering Futures قبل بلوغ سن 21 إذا استوفيت شروط الأهلية في ذلك الوقت؛ وبإجراءات إعادة الدخول.

أدرك أنه يجوز لي، خلال 30 يوماً تقويمياً، تغيير رأيي بشأن إنهاء هذه الاتفاقية. وبعد مرور 30 يوماً، لن أكون مؤهلاً لبرنامج Fostering Futures حتى أدخل البرنامج مرة أخرى وأوقع على اتفاقية جديدة.

وأدرك أيضاً أنه يجوز للهيئة إنهاء الاتفاقية إذا لم أعد مُستوفياً لشروط الأهلية أو إذا لم ألتزم بالاتفاقية. وإذا كان الأمر كذلك، فسوف أتلقى إخطاراً خطياً قبل 30 يوماً، وسوف تُتاح لي فرصة لتصحيح أي أمر يتعلق بالأهلية أو عدم الالتزام لتجنب الإنهاء.

## قسم الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية

### تدخّل المحكمة

الهيئة: توافق الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية على إيداع التماس لدى المحكمة لطلب اعتماد هذه الاتفاقية وخطة الكفالة الخاصة بالمشارك. وتوافق الهيئة أيضاً على إخطار المشارك بأي جلسات قضائية و/أو مراجعات إدارية بشأن الاتفاقية، وحضور أي جلسات ومراجعات من هذا القبيل.

### الأهلية

الهيئة: توافق الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية على أن تُقدّم إلى المشارك خدمات الكفالة المستمرة، ومنها الخدمات الداعمة والتمويل اللازم للعيش المستقل الخاضع للإشراف ما دامت شروط برنامج Fostering Futures مُستوفاة.

## التخطيط

الهيئة: توافق الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية على إعداد خطة كفالة، بما في ذلك خطة انتقال المشارك للعيش المستقل، ومراجعة الخطة كما هو مطلوب، وتقديم إخطار بمراجعات خطة الكفالة، وتقديم نسخة من الخطة إلى الشاب.

## إذن بتقديم المعلومات المالية والطبية والتعليمية

الهيئة: ستحافظ الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية على خصوصية هذه المعلومات وفقاً لقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية. وستمثل الهيئة لشروط الأهلية من أجل ضمان بقاء التمويل متاحاً للشباب ما دام الشاب مستوفياً لشروط برنامج Fostering Futures.

## التأمين الطبي

الهيئة: ستساعد الهيئة المشارك على التقدم بطلب للحصول على المساعدة الطبية ومعرفة نطاقها. وقد يكون المشارك مسؤولاً عن تكلفة الخدمات الطبية التي لا يشملها تأمينه.

## الخدمات

الهيئة: توافق الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية على تقديم نفقة كفالة، وإدارة الحالة، والقيام بزيارات وجهًا لوجه شهرياً على الأقل، وتقديم خدمات أخرى وفقاً للخطة (أو الخطط). والنفقة هي مبلغ يُدفع شهرياً لدعم المأكل والسكن والملبس والمصاريف الأخرى.

## إنهاء الاتفاقية

الهيئة: توافق الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية على تقديم إخطار خطي إلى الشاب في حالة إنهاء هذه الاتفاقية الطوعية. وسوف يتضمن الإخطار الخطي معلومات عن حقه في جلسة عادلة وعن كيفية تقديم تظلم. وسوف يتضمن الإخطار الخطي أيضاً معلومات توضح كيف يمكن أن يكون المشارك مؤهلاً للدخول مرة أخرى في برنامج Fostering Futures.

## التوقيعات

أوافق على الأحكام الواردة في اتفاقية برنامج Fostering Futures. وبتوقيع المشارك على هذه الاتفاقية، فإنه يمنح الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية السلطة القانونية لاستئناف مزايا/ خدمات الكفالة. وبتوقيع مدير الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية أو من ينوب عنه على هذه الاتفاقية، فإنه يوافق على دخول المشارك قيد الكفالة وفقاً للشروط الموضحة أعلاه.

توقيع المشارك	توقيع مدير الإدارة المحلية للخدمات الاجتماعية أو من ينوب عنه
تاريخ الاتفاقية	تاريخ الاتفاقية