

## ХҮҮХДЭД ЗОРИУЛСАН ҮЙЛЧИЛГЭЭ ҮЗҮҮЛЭХ (CSA) САЙН ДУРЫН ГЭРЭЭ

Энэхүү CSA сайн дурын гэрээг (цаашид "Гэрээ" гэх) \_\_\_\_\_ (огноо) Виржини мужийн Арлингтонд \_\_\_\_\_ -ын (\_\_\_\_\_ онд төрсөн арван наймаас доош насны хүүхэд) эцэг эх(чүүд)/ хууль ёсны асран хамгаалагч(ид) \_\_\_\_\_ болон \_\_\_\_\_ Виржини мужийн Арлингтоны Олон нийтийн бодлого, удирдлагын албаны төлөөлөгчөөр томилогдсон олон нийтийн агентлаг хооронд байгуулав.

- Хэрэв гарын үсэг зурсан бүх тал хүүхдийг мужаас зөвшөөрөгдсөн байр эсвэл зөвшөөрөлтэй байгууламжид байрлуулахыг зөвшөөрсөн бол энэ нүдийг чагтална уу:
- хүүхдийн ашиг сонирхолд нийцсэн,
  - хүүхдийн одоогийн хэрэгцээг хангахад хамгийн тохиромжтой, хамгийн бага хязгаарлалтын тохиргоотой
  - хүүхдийн Гэр бүлийн үнэлгээ ба төлөвлөлтийн алба (FAPT)-ны гишүүд, эцэг эх(чүүд) эсвэл хууль ёсны асран хамгаалагч(ид) зөвшөөрсөн.
- Энэ байрлуулалтыг шүүхийн шийдвэрийн дагуу сонгосон тохиолдолд эцэг эхийн сайн дурын байрлуулалт биш тул энэ нүдийг чагтална уу.

### **БАЙРЛУУЛАХ ЭРХ**

Дээр дурдсан насанд хүрээгүй хүүхдийн эцэг эх(чүүд)/хууль ёсны асран хамгаалагч(ид)-ын хувьд миний бие/бид түүнийг \_\_\_\_\_ (огноо)-нд сайн дурын үндсэн дээр нэг жилээс илүүгүй хугацаагаар мужийн зөвшөөрөлтэй орон байр эсвэл тусгай зөвшөөрөлтэй байгууламжид байрлуулах хууль ёсны эрхтэй.

### **ЭРХ, ҮҮРЭГ: ЭЦЭХ ЭХ(ЧҮҮД)/АСРАН ХАМГААЛАГЧ(ИД)**

1. Би/бид хүүхдийнхээ хууль ёсны асрамжлагч хэвээр байна.
2. Зорилго нь миний/бидний хүүхдүүд тохиромжтой гэж үзсэн даруйдаа гэртээ харихыг зөвшөөрч байна.
3. Би/бид боломжоороо дараах зүйлийг хийнэ:
  - Үнэлгээний бүх арга хэмжээнд идэвхтэй ба тууштай оролцох, үйлчилгээ төлөвлөх ба энэ зөвшилцлийн хүчинтэй хугацаанд оролцох,
  - Хүүхдүүд болон манай гэр бүлтэйгээ холбоотой үйлчилгээний төлөвлөгөө гаргах, хянах, шалгах, хянах зорилгоор FAPT уулзалтад оролцох,
  - Хувь Хүний Гэр Бүлийн Үйлчилгээний Төлөвлөгөө (IFSP)-д заасны дагуу гэр бүлийн эмчилгээний арга хэмжээнд оролцох, эцэг эхийн сургалт, ба/эсвэл гэр бүлийн гишүүдэд зориулсан бусад үйлчилгээнд оролцох,

- Миний/бидний хүүхдийн хуваарьтай үзлэгт ирэх ба идэвхтэй оролцох, ба
  - FART ба үйлчилгээний Агентлагийг миний/бидний хүүхдийн байршлын тухай бүх хэрэгцээтэй мэдээллээр хангах.
4. Би/бид эмчилгээний байгууламжид дараах зүйлийг үзүүлнэ:
    - Яаралтай тусламжийн эмчилгээ багтаасан тогтсон эмчилгээ, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээ авах бичгээр үйлдсэн зөвшөөрөл. Мэс засал, сэтгэцэд нөлөөлөх эмээр эмчлэх зэрэг миний/бидний хүүхдэд санал болгож буй өндөр эрсдэлтэй эмчилгээ, үйлчилгээ үзүүлэхдээ надаас/биднээс тодорхой таниулсан зөвшөөрөл авах шаардлагатай.
    - Надтай/бидэнтэй холбогдоход шаардлагатай бүх утасны дугаар.
  5. Би/бид хүүхэддээ зориулсан үйлчилгээнд оролцохын тулд орон нутагт үлдэхийг зөвшөөрч байна. Хэрэв би/бид 2 долоо хоногоос дээш хугацаанд үйлчилгээнд идэвхтэй оролцох боломжгүй болгох нөхцөл байдалд орвол CPMT-д нэн даруй мэдэгдэхийг зөвшөөрч байна. Би/бид чөлөө авах тухайгаа CPMT-ээр бүрэн хэмжээнд урьдчилан батлуулах ёстой.
  6. Би/бид одоогийн оршин суугаа газрынхаа харьяаллаас гарч нүүх төлөвлөгөө гаргасан тохиолдолд CPMT-д мэдэгдэхийг зөвшөөрч байна.

### **ЭРХ, ҮҮРЭГ: CPMT-ЭЭС ТОМИЛОГДСОН АГЕНТЛАГ**

Агентлаг дараах үйл ажиллагааг зөвшөөрч байна:

- кэйс менежментийн үйлчилгээ үзүүлэх, IFSP-ийг хэрэгжүүлэхийн тулд надтай/бидэнтэй, хүүхэдтэй минь хамтран ажиллах,
- орон нутгийн CPMT-ийн дүрэм, журам, холбогдох хуулийн дагуу надад/бидэнд хариуцсан кэйсийн талаар тодорхой мэдээлэл өгөх,
- CPMT-ийн тогтсон бодлого, журмын дагуу ашиглалтын удирдлагаар хангах.

### **САНХҮҮГИЙН БАЙГУУЛЛАГА/ТӨЛБӨРИЙН НӨХЦӨЛ**

Үйлчилгээний төлбөрийг CPMT-ээс баталсан бодлого, журмын дагуу бүх талуудад төлж, баримтжуулах бөгөөд дараах зүйлийг агуулна:

- Эцэг эхийн хамтарсан төлбөр,
- Даатгалын журмууд,
- Хүүхдэд үзүүлэх тусламж (Хүүхдийн тэтгэмжийн шийдвэр гүйцэтгэх хэлтэс),
- Холбооны ба/эсвэл мужийн нөөц,
- CSA-н Сангийн хөрөнгө.

1. Зөвхөн CPMT-с тогтоосон дүрэм, журмуудын дагуу батлагдсан IFSP-д багтсан, бүх холбогдох хот/тойргийн худалдан авалт, төсвийн бодлогод нийцсэн үйлчилгээнүүд CSA-н санхүүжилттэй үйлчилгээний зардлын төлбөрт хамаарна.

2. Эцэг эх(чүүд)/хууль ёсны асран хамгаалагч(ид) IFSP-н дагуу үзүүлсэн үйлчилгээний төлбөрийг төлөхөд туслах зорилгоор байршуулснаас хойш 30 хоногийн дотор Medicaid, FAMIS болон/эсвэл бусад төрийн болон хувийн санхүүжилт, нөөцөд хамрагдах өргөдөл гаргахыг зөвшөөрч байна.
  3. Эцэг эх (нар)\хууль зүйн асрамжлагч (-д) Medicaid хууль зүйн дүрмийн дагуу IACCT-ийн үйлдэлд (Хувь Хүний Үнэлгээний Гэрчилгээ ба Зохицуулалтын Баг ) оролцохыг зөвшөөрнө. IACCT-ын үйл явц нь Medicaid байрлуулах үйлчилгээг хэсэгчлэн санхүүжүүлэх эсэхийг тодорхойлно.
  4. Хэрэв эцэг эх(чүүд)/хууль ёсны асран хамгаалагч(ид) нь хүүхдийг байршуулснаас хойш 30 хоногийн дотор Medicaid, FAMIS болон/эсвэл бусад төрийн болон хувийн санхүүжилт, эх үүсвэрт хамрагдах хүсэлтээ гаргаж чадаагүй бол Арлингтон Тойрог нь эцэг эхийн зүгээс Medicaid-д өргөдөл гаргах хүртэл энэхүү байршуулах үйлчилгээний төлбөрийг үргэлжлүүлэн төлөхийг зөвшөөрөхгүй. Байрлуулах хугацаанаас эхлэн эцэг эх нь хийгдэх эмчилгээ ба\эсвэл боловсролын үйлчилгээний төлбөр төлөх үүрэг хүлээнэ.
  5. Эцэг эх нар\хууль зүйн асрагч нар эцэг эхийн хамтран хуваалцан төлөх төлбөрийг CPMT дүрэм ба ажиллагааны дагуу үйлдэхийг зөвшөөрч байна.
  6. Мөн түүнчлэн эцэг эх(чүүд)/хууль ёсны асран хамгаалагч(ид) хүүхдийнхээ асран хамгаалалтай холбоотой эцэг эхийн энгийн үүрэг болох хувцас, ариун цэврийн хэрэглэл, хувийн хэрэгсэл, зардлын мөнгө, энд дурдсан нэмэлт тусгай зүйлсийг хариуцах зэрэг санхүүгийн тодорхой үүрэг хүлээнэ:
- 
7. Талууд Виржини мужийн Хүүхдийн үйлчилгээний газар ("OCS") нь энэхүү гэрээний нэг тал байх бөгөөд CPMT нь зөвхөн эцэг эх(чүүд), хууль ёсны асран хамгаалагч(ид) нь тохиролцсон төлбөрийг хугацаанд нь төлөөгүй, эсвэл төлөхийг татгалзсан тохиолдолд OCS-д тэдний эсрэг нэхэмжлэл гаргах эрх олгох зорилгоор гарын үсэг бүхий зөвшөөрөл олгоно гэдгийг зөвшөөрч байна. OCS энэ төрлийн төлбөрийн нэхэмжлэлийг зөвхөн CPMT-ийн хүсэлтийн дагуу болон төлбөр авах ажиллагааг Нийгмийн үйлчилгээний албаны Хүүхдийн тусламж үйлчилгээний хэлтэст шилжүүлэх боломжгүй тохиолдолд Ерөнхий прокурорын газрын Хууль зүйн хэлтсийн Өр барагдуулах хэлтсээр дамжуулан гаргана.
  8. Эцэг эх(чүүд)/хууль ёсны асран хамгаалагч(ид) тус CPMT-н үйл ажиллагаа явуулдаг хот/мужаас гадагш нүүсэн тохиолдолд Виржини мужийн шинэ нутаг дэвсгэр дэх CPMT эсвэл бусад мужийн харьяалалд буй CPMT энэхүү гэрээг хэрэгжүүлэх баталгаа байхгүй бөгөөд тэдний хүүхдийг байрлуулах ажилд саад учруулж болзошгүй гэдгийг ойлгож байна. Тэд одоогийн оршин суугаа газрынхаа харьяаллаас гарч нүүх төлөвлөгөө гаргасан тохиолдолд CPMT-д мэдэгдэхийг зөвшөөрч байна.

Эцэг эх(чүүд)/хууль ёсны асран хамгаалагч(ид) оршин суух газраа өөрчилсөн тохиолдолд:

- Виржини байршлаас өөр шинэ байршилд бол СРМТ-ийн журмын дагуу ямар үйлчилгээнд хамрагдах, гэрээ байгуулахыг хуанлийн **30** хоногийн дотор тодорхойлуулна. Шинэ СРМТ бичгээр үйлдсэн мэдэгдэл хүлээн авснаас хойш хуанлийн **30** хоног эхэлнэ. Эцэг эхтэй байгуулсан гэрээ шинэ байршлын СРМТ үйлчилгээ үзүүлж эхлэхэд эсвэл хуанлийн **30** хоног өнгөрсний дараа дуусавар болно.
- Виржини мужаас гадна байх тохиолдолд энэхүү албан бус гэрээ нэн даруй дуусгавар болох бөгөөд энэ нь СРМТ байрлуулах ажлыг үргэлжлүүлэн санхүүжүүлэх үүрэг хүлээхгүй, эцэг эх(чүүд)/хууль ёсны асран хамгаалагч(ид) нь хүүхдийг байрлуулах, асрах асуудлыг хариуцах ёстой гэсэн үг юм.

### **ГЭРЭЭ ДУУСГАВАР БОЛГОХ НӨХЦӨЛҮҮД**

Энэ бол сайн дурын үндсэн дээр байгуулсан гэрээ юм. Би/бид хүүхдийнхээ эцэг эх(чүүд)/хууль ёсны асран хамгаалагч(ид)ын хувьд энэхүү гэрээг хэдийд ч цуцалж болно гэдгийг ойлгож байна. Хэрэв би/бид энэ гэрээ дуусгавар болохоос өмнө хүүхдээ буцааж авахыг хүсвэл би/бид хүүхдээ буцааж авахаар төлөвлөж буй огнооноос **30** хоногийн өмнө бичгээр мэдэгдэл гаргана.

Би/бид Агентлаг нь бидэнд **30** хоногийн өмнө гэрээ дуусгавар болгох тухай бичгээр үйлдсэн мэдэгдэл өгснөөр дуусгавар болгож болох бөгөөд дуусгавар болгох шалтгаануудыг дурдаж, холбогдох бичиг баримтуудыг хавсаргасан байх ёстой. Шалтгааныг ашиглалтын менежментийн үнэлгээнд үндэслэн Агентлагаас тодорхойлж болох бөгөөд тухайн байр хүүхдийн минь ашиг сонирхолд нийцэхгүй, түүний хэрэгцээг хангахад хамгийн тохиромжтой эсвэл хамгийн бага хязгаарлалттай нөхцөл биш, эсвэл хүүхэд минь тухайн байранд байрлаад хангалттай ахиц дэвшил гаргаж чадаагүй, эсвэл би/бид энэхүү гэрээний нөхцөлүүдийг дагаж мөрдөхгүй байх зэрэг багтана.

### **ДАВЖ ЗААЛДАХ ҮЙЛ ЯВЦ**

Би/бид Агентлагаас энэхүү гэрээг дуусгавар болгохоор гаргасан шийдвэрийг үл зөвшөөрсөн тохиолдолд СРМТ-ийн журам, дүрмийн дагуу бичгээр хүсэлт гаргаж, дараа нь одоо байгаа журам эсвэл хуулийн дагуу холбогдох үйл явцаар дамжуулан энэхүү шийдвэрийг давж заалдах эрхтэй. Энэхүү гэрээнд гарын үсэг зурснаар би/бид давж заалдах тухай орон нутгийн СРМТ-ийн журам, дүрмийг хүлээн авснаа баталж байна.

## ГАРЫН ҮСЭГ

Энэхүү гэрээний хуулбарыг гарын үсэг зурсан бүх талд өгөх бөгөөд эх хувийг нь 2100 Washington Blvd. Arlington VA, 22024 хаягт хадгалагдаж буй хүүхдийн баримт бичигт хавсаргана. Доор гарын үсэг зурснаар тал тус бүр энэхүү гэрээг тогтоосон нөхцөлийн дагуу байгуулна.

\_\_\_\_\_  
ЭЦЭГ ЭХИУУЛЬ ЁСНЫ АСРАН ХАМГААЛАГЧ      ОГНОО

\_\_\_\_\_  
ЭЦЭГ ЭХИУУЛЬ ЁСНЫ АСРАН ХАМГААЛАГЧ      ОГНОО

\_\_\_\_\_  
СРМТ-ЭЭС ТОМИЛСОН  
АГЕНТЛАГИЙН ТӨЛӨӨЛӨГЧ      ОГНОО