



**Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee**  
**Acuerdo de Estipendio del Programa Familiar Cuidador**  
**(Sin Custodia)**

<b>INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO: (Cada niño tendrá su propia hoja)</b>				
Apellido del Niño:	Primer Nombre del Niño:	Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:	ID de la Persona:
Sexo:	Raza:	Hispano/Latino:		
<b>INFORMACIÓN DEL CUIDADOR:</b>				
Apellido del Cuidador:	Primer Nombre del Cuidador:	Dirección del Cuidador:	Correo Electrónico del Cuidador:	Número de Teléfono del Cuidador:
<b>I. PARTES DEL ACUERDO DEL PROGRAMA FAMILIAR CUIDADOR</b>				
El siguiente Acuerdo ha sido celebrado por el Departamento de Servicios Infantiles de Tennessee (Agencia), los proveedores del Programa Familiar Cuidador y _____(Familiar Cuidador), con el fin de proporcionar el cuidado adecuado para el niño _____.				
<b>II. DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE TODAS LAS PARTES DEL ACUERDO DEL PROGRAMA FAMILIAR CUIDADOR</b>				
<p>Todas las partes de este Acuerdo de Estipendio del Programa Familiar Cuidador (Acuerdo), es decir, el Familiar Cuidador y la Agencia están sujetas a los términos y condiciones documentados en el presente. Este acuerdo entrará en vigencia en la fecha indicada en este contrato y permanecerá vigente mientras se cumplan los requisitos de elegibilidad o hasta que existan las condiciones para la terminación. El Acuerdo debe ser firmado por todas las partes y se entregará una copia firmada a cada parte. Se entiende expresamente que corresponde al Familiar Cuidador mantener informados a la Oficina Central de la Agencia, al personal del programa familiar cuidador o a cualquier unidad sucesora de cualquier circunstancia o condición que requiera la modificación de este Acuerdo o cause la terminación de este Acuerdo. Entiendo que si a sabiendas proporcionamos información falsa con respecto a esta declaración o cualquier información que proporcione al Departamento con respecto a los criterios de elegibilidad, podría tener como resultado la devolución de los fondos al Departamento o la terminación del Acuerdo.</p> <p>La Agencia se compromete a proporcionar el pago y los servicios según lo estipulado en este Acuerdo y cualquier Acuerdo sustitutivo celebrado entre las partes.</p>				
<b>III. ACUERDO</b>				
<b>A. Este Documento es el:</b>				
<b>Acuerdo Inicial</b>	El Familiar Cuidador acepta que tiene la intención de participar en el programa y utilizar los pagos de estipendio para cuidar a los niños bajo su cuidado.			
<b>Acuerdo Modificado</b>	Esto representa una modificación al Acuerdo del Programa Familiar Cuidador previamente aprobado. El motivo se debe a lo siguiente:			
<b>Acuerdo de Renovación</b>	Esto sirve como una renovación del Acuerdo del Programa Familiar Cuidador para _____. El niño permanece bajo el cuidado y la custodia del Cuidador y las condiciones que llevaron a la determinación inicial de elegibilidad del niño continúan existiendo en el mismo nivel de cuidado.			

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin previa autorización.

<b>Acuerdo de Terminación</b>	<p>_____ya no cumple con los requisitos para el programa Familiar Cuidador. Este acuerdo sirve como terminación de todos los beneficios y servicios previamente establecidos y aprobados en el acuerdo inicial y cualquier acuerdo modificado y/o renovación aprobados posteriormente. Este acuerdo se termina con vigencia a partir del _____debido al (a los) siguiente(s) motivo(s):</p>
<b>IV. DISPOSICIONES DEL ACUERDO</b>	
<b>A. Pago</b>	
<p>1. De acuerdo con la estructura de tarifas de cuidado de crianza temporal de la Agencia, se le pagará al Familiar Cuidador en base a una tarifa diaria por la cantidad de días del mes en curso. _____ recibirá \$ _____ por día, con vigencia a partir del _____.</p>	
<p>2. El monto del pago al Familiar Cuidador no excede la mitad del pago por cuidado de crianza temporal para el niño si él/ella estuviera en un hogar de crianza temporal de la Agencia en el estado de Tennessee.</p>	
<b>V. REVISIÓN DEL ACUERDO</b>	
<p><b>A.</b> Este Acuerdo puede revisarse en cualquier momento después de la aprobación cuando haya un cambio en las circunstancias como se menciona en la sección V.</p>	
<p><b>B.</b> Todos los acuerdos Modificados dejarán sin efecto y reemplazarán todos y cada uno de los acuerdos anteriores entre la Agencia y el Cuidador.</p>	
<p><b>C.</b> La Agencia se reserva el derecho de revisar/modificar, hacer correcciones o terminar el Acuerdo debido a un error o descuido con respecto a la elegibilidad del niño para el Programa Familiar Cuidador, la fuente de financiación, la tarifa diaria, el contenido del acuerdo del Programa Familiar Cuidador, o los cambios realizados en las políticas, las normas o las reglamentaciones administrativas del Programa Familiar Cuidador de la Agencia que rigen el Programa Familiar Cuidador.</p>	
<b>VI. RENOVACIÓN DEL ACUERDO</b>	
<p><b>A.</b> El familiar cuidador cooperará con la revisión de elegibilidad, realizada por el proveedor de RCP cada tres (3) meses. Una redeterminación formal se llevará a cabo anualmente.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proveedor de RCP se asegurará de que los participantes mantengan la elegibilidad.</li> <li>2. DCS brindará orientación a los proveedores de RCP sobre los requisitos para las redeterminaciones de los participantes. El proveedor de RCP es responsable de recopilar los documentos necesarios del familiar cuidador para respaldar la aprobación de la inscripción continua del participante en RCP.</li> <li>3. Los proveedores de RCP proporcionarán a DCS todos los documentos de elegibilidad actualizados.</li> <li>4. Anualmente, el proveedor de RCP proporcionará a DCS, en la forma prescrita por el Departamento, todos los documentos de redeterminación incluso si no ha habido cambios desde la presentación inicial de los documentos.</li> </ol>	
<b>VII. APELACIÓN -</b>	
<p><b>A.</b> Los Familiares Cuidadores pueden apelar la negación, terminación o modificación del Estipendio de su niño por parte de DCS mediante el Proceso de Apelación y Audiencia Imparcial del estado. Los Familiares Cuidadores deben apelar una decisión adversa dentro de los diez (10) días hábiles posteriores a la notificación por escrito de la acción adversa. Si se confirma la acción adversa, los pagos de apelación continuados durante el período de apelación se considerarán un sobrepago y estarán sujetos a recuperación. Los siguientes son los pasos en el proceso de apelación:</p>	
<p>1. Si DCS determina que el Estipendio será negado, terminado o modificado, el proveedor del Familiar Cuidador debe notificar al Familiar Cuidador, dentro de los 5 días hábiles, por escrito, utilizando el formulario CS-0403, Apelación para Audiencia Imparcial, que debe entregarse a al familiar cuidador en el mismo momento de la notificación.</p>	

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin previa autorización.

<p>2. El familiar cuidador debe ser informado del plazo en el que tiene que presentar una apelación. También se les debe proporcionar el número de fax y la dirección postal para enviar el formulario CS-0403, Apelación para Audiencia Imparcial.</p>	
<p>3. La División de Procedimientos Administrativos notificará a la oficina del condado correspondiente si se recibe una apelación del Programa Familiar Cuidador. Una vez notificado por la División de Procedimientos Administrativos, el condado debe seguir las instrucciones de esa oficina para garantizar que se siga el protocolo del debido proceso.</p>	
<p>4. El personal de DCS debe completar un Resumen de Apelación según lo indique la División de Procedimientos Administrativos.</p>	
<p>5. Se puede acceder a información adicional comunicándose con TN DCS Administrative Procedures Division (División de Procedimientos Administrativos de DCS de TN) en: 200 Athens Way, 2nd Floor Suite B, Nashville, TN 37243 (Si se usa Fed Ex o UPS 37228); Teléfono: 615-741-1110; Fax: 615-741-4518.</p>	
<p>6. Los familiares cuidadores pueden solicitar una revisión de la negación, terminación o modificación de su inscripción en el Programa Familiar Cuidador por parte de DCS informando al proveedor de RCP de su objeción dentro de los 10 días posteriores a la determinación. El proveedor de RCP luego notificará a la Oficina Central de DCS por correo electrónico para una revisión de la determinación. La oficina central de DCS tiene 10 días hábiles a partir de la recepción de la solicitud para responder por correo electrónico al familiar cuidador sobre la decisión final con respecto a la revisión y la justificación.</p>	
<p><b>VIII. TERMINACIÓN</b></p>	
<p><b>A. El acuerdo del Programa Familiar Cuidador puede estar sujeto a terminación si se presenta alguna de las siguientes circunstancias. La Agencia será notificada si:</b></p>	
<p>1. El Cuidador solicita la terminación.</p>	
<p>2. Cambio de residencia o domicilio del Cuidador y/o del niño.</p>	
<p>3. Termina la responsabilidad legal del Cuidador hacia el niño.</p>	
<p>4. El (la) padre/madre vive en el hogar del familiar cuidador.</p>	
<p>5. El(los) niño(s) ingresa(n) a la Custodia del Estado.</p>	
<p>6. El tribunal cambia la custodia legal del(de los) niño(s) a otra persona.</p>	
<p>7. La Agencia determina que el Cuidador no está manteniendo financieramente al niño.</p>	
<p>8. El niño se casa.</p>	
<p>9. El niño se alista en el servicio militar.</p>	
<p>10. La Agencia determina que se hizo elegible a un niño para el Programa Familiar Cuidador por error. La Agencia se reserva el derecho de terminar el acuerdo del Programa Familiar Cuidador debido a un error o descuido con respecto a la determinación de elegibilidad para el Programa Familiar Cuidador.</p>	
<p>11. El niño muere.</p>	
<p>12. El Cuidador muere.</p>	
<p>13. Si el niño ha cumplido dieciocho (18) años.</p>	
<p>14. El(los) niño(s) ya no cumplen con los criterios de elegibilidad utilizados para continuar con el Estipendio.</p>	
<p>15. El familiar cuidador no completa el proceso de redeterminación.</p>	
<p><b>FIRMAS:</b></p>	
<p><b>Marque todas las que correspondan:</b></p>	<p><b>Documentos</b></p>
<p><input type="checkbox"/> Certifico/Certificamos que al familiar cuidador se le ha otorgado la custodia del niño mediante una orden judicial final.</p>	<p>Orden Judicial</p>
<p><input type="checkbox"/> Certifico/Certificamos que el familiar cuidador está dentro del primer, segundo o tercer grado de relación con los padres o padrastro/madrastra del niño, es decir, por sangre, matrimonio o adopción.</p>	<p>Verificación de Documentación de Relación</p>

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin previa autorización.

<input type="checkbox"/> Certifico/Certificamos que el familiar cuidador no tiene un ingreso familiar ajustado total que exceda el doble de los Lineamientos Federales de Pobreza actuales según el tamaño de la unidad familiar.	Prueba de Empleo y Documentación de Ingresos	
<input type="checkbox"/> Certifico/Certificamos que el familiar cuidador tiene veintiún años de edad o más.	Prueba de Edad e Identificación	
<input type="checkbox"/> Certifico/Certificamos que el padre/la madre del niño no reside en el hogar del familiar cuidador.	Verificación del paradero de los Padres O Verificación de todos los miembros del hogar del Cuidador.	
<input type="checkbox"/> Certifico/Certificamos que el familiar cuidador acepta buscar el establecimiento y la ejecución de la manutención infantil, incluido el nombramiento del padre de un niño con el fin de establecer la paternidad.	Reconocimiento	
<p><b><u>PARA SER UTILIZADO PARA TODOS LOS ACUERDOS EXCEPTO PARA LAS TERMINACIONES</u></b>  <i>Al firmar a continuación, certifico/certificamos que todavía soy/somos <b>legalmente responsable(s) de la manutención del niño y de proporcionar apoyo financiero para el niño.</b></i></p>		
<b>Familiar Cuidador:</b>	Fecha:	
Jurado y firmado ante mi el _____ de _____ de 20_____  Nombramiento válido hasta el _____ <div style="text-align: right;">_____ Notario Público</div>	Sello del Notario Público	
Inicial Modificación Revisión Renovación Terminación	_____ Firma del Personal del Programa Familiar Cuidador	_____ Fecha
Inicial Modificación Revisión Renovación Terminación	_____ Firma del Supervisor del RCP:	_____ Fecha

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin previa autorización.