

Acuerdo de Colocación Voluntaria

VOLUNTARY PLACEMENT AGREEMENT

Uso del formulario: Este formulario es obligatorio según la sección 472(f)(2) de la ley del seguro social cuando un niño es colocado voluntariamente al cuidado de una casa que no es la suya por parte de un padre o tutor. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Por la presente solicito a _____ que coloque
Department of Children and Families / County Department

a mi hijo/a _____, nacido/a el _____, en un
(First, MI, Last) (mm/dd/aaaa)

hogar sustituto, hogar grupal, de acuerdo con s.48.63(1), Wis. Stats, hogar grupal, de acuerdo con la s.48.625(1m), Wis. Stats.

Las fechas de colocación son del _____ al _____.
(mm/dd/aaaa) (mm/dd/aaaa)

Entiendo que al firmar este documento, otorgo la responsabilidad de colocación y cuidado del niño/a al departamento indicado arriba.

Entiendo que la colocación del niño/a en un hogar sustituto con licencia no puede superar los 180 días desde la fecha de colocación. Entiendo que la colocación del niño/a en un hogar grupal, en virtud de s.48.63(1), Wis. Stats., no puede superar los 15 días desde la fecha de colocación. Entiendo que la colocación del niño/a en un hogar grupal, en virtud de s.48.625(1m), Wis. Stats., no puede superar los 180 días desde la fecha de colocación.

Entiendo que puedo rescindir este acuerdo en cualquier momento y que el niño de 12 años de edad o más puede rescindir el acuerdo relativo a su colocación.

Entiendo que se preparará un plan de permanencia, de acuerdo con s.48.63(4) y 48.63(5)(c), Wis. Stats., y que participaré en el desarrollo de ese plan.

Acepto mantener informado al departamento de cualquier cambio en mis circunstancias, incluida mi dirección, empleo y ganancias, estado civil, salud, acceso a seguro médico y planes relativos a mi hijo/a.

Entiendo que se me puede considerar financieramente responsable de todos o de una parte de de los costos de colocación que se incurran durante la estadía del niño/a en el hogar sustituto o en el hogar grupal. Acepto cooperar con el departamento en determinar la parte de los costos de colocación que me corresponden para mi hijo/a. Si se determina que soy financieramente responsable, acepto pagar al departamento por el cuidado de mi hijo/a la suma de \$ _____ por semana mes a partir de _____ (mm/dd/aaaa)

Los pagos se deben realizar a: _____, ubicado en

(calle, ciudad, estado, código postal)

Acepto por el presente que el departamento puede prestar consentimiento para evaluaciones médicas, vacunaciones, inmunizaciones o tratamientos o cuidado médico de rutina necesarios para el niño/a. Acepto por el presente que el departamento puede prestar consentimiento para otros cuidados médicos necesarios según lo recetado, incluido, pero sin limitación, tratamientos médicos, psiquiátricos y quirúrgicos importantes para el niño/a si no se me puede localizar para que preste mi consentimiento.

FIRMA – Padre/Madre/Tutor

Fecha de la firma

FIRMA – Padre/Madre/ Tutor

Fecha de la firma

FIRMA – Representante del Departamento

Fecha de la firma

FIRMA – Niño/a (si tiene 12 años o más)

Fecha de la firma