



# 위탁 동의서

## Placement Agreement

위탁배치된 아동/청소년(들)	생년월일

본 아동/청소년(들)은 다음 대리보육자에게 위탁됩니다.

대리보육자는 자기 가정이 아닌 다른 곳에 잠시 위탁되어 보호를 받아야 하는 아동/청소년을 위해 아동, 청소년, 가족 부서(DCYF)와 아동의 가족들이 안전하고 좋은 위탁 장소를 구할 수 있게 도와주는 소중한 협력자입니다. 이런 위탁 보호를 받는 아동/청소년의 복지는 대리보육자와 부모, DCYF 가 솔직하게 의견을 긍정적인 관계를 형성할 때 가장 좋은 결과를 얻을 수 있습니다.

본 위탁 동의서는 귀하의 가정에 위탁된 아동의 안전과 행복을 보장하기 위해 꼭 필요한 중요 정보를 제공합니다. 아동/청소년 또는 그 가족에 관한 정보는 기밀 정보이므로, 본 아동 지원 계획에 직접 관여하는 사람들에게만 알려야 합니다. 다른 이들과 정보를 공유하기 위해 도움이 필요할 때는 사례 담당 직원과 상의하십시오. 본 동의서는 아동이 필요한 것을 얻도록 돕고 DCYF, 담당 직원, 법원과 협력해야 하는 귀하의 역할을 보다 잘 이해할 수 있도록 도와드립니다. 또 귀하의 에서 아동/청소년을 돌보는 동안 이용할 수 있는 자원 및 지원도 알려드립니다.

### 주요 문의처 정보:

귀하의 사례 담당 직원인 \_\_\_\_\_와(과)는 정규 근무 시간 중에 연락이 가능하며 \_\_\_\_\_에 위탁 보호하는 아동에 대한 질문을 할 수 있습니다.

- 정규 근무시간이 끝난 뒤에 나 방임 문제를 하려면 **1-866-END HARM** 전화하십시오. 이 번호를 통해 DCYF 비상 당직 직원과도 연락이 가능합니다.
- 양부모 및 대리보육자 지원 전화번호인 **1-800-301-1868** 에서는, 근무시간이 끝난 뒤에 발생한 까다로운 양육 상황을 해결하도록 도와드립니다.

자기 가정이 아닌 다른 곳에 위탁되어 보호를 받는 아동/청소년의 복지를 개선하기 위해서는, DCYF 와 협력하고 다음과 같은 법원의 구체적인 명령에 잘 따르는 것이 중요합니다.

### 최초 위탁 배치(아동을 처음으로 집이 아닌 다른 곳에 위탁하는 경우):

1. 위탁 후 30 일 이내에 다음과 같은 검진을 받아야 합니다.
  - 가급적 빨리(위탁 후 5 일 이내) 첫 건강검진을 받도록 합니다.

- 아동이 소아건강검진(EPSDT 라고도 함)을 아직 받지 않았다면 위탁 후 30 일 이내에 받도록 합니다. (첫 건강검진과 EPSDT 검사를 동시에 받을 수도 있습니다. 자세한 정보는 아동이 이용하는 의료기관에 문의하십시오.)
  - 치아가 난 아동의 경우에는 치과 검진도 받아야 합니다. 지난 6 개월 이내에 치과 검진을 받은 아동은 따로 치과 검진을 받지 않아도 됩니다.
2. 또 위탁 배치 후 30 일 이내에 아동 건강 및 교육 현황 확인(CHET) 담당자가 귀하에게 연락해, 아동의 의료, 발달, 행동 욕구를 파악하기 위한 면담 약속을 잡을 것입니다. 약속된 날짜에 귀하와 아동이 함께 면담에 참여할 수 있도록 해주십시오.

### 간병인:

1. ProviderOne 카드를 아직 수령하지 못한 경우에는 사례 담당 직원에게 연락해 '임시 약국 및 병원 이용권'을 받으십시오.
2. 위탁 배치로 인해 아동이 전에 다니던 학교를 떠나야 하는 경우에는 즉시 새 시켜야 합니다. 사례 담당 직원을 아동 비상연락망에 . 아동의 에 문제가 있으면 사례 담당 직원에게 알려십시오.
3. 부모나 가족의 방문을 금하는 법원 명령이 있지 한, 아동/청소년이 부모나 형제자매, 기타 가족과 만날 수 있는 방문 계획을 짜는 데 동참해야 합니다. 아동/청소년이 정해진 날짜에 가족을 방문할 수 있게 해주십시오.
4. 전화 통화나 갑작스러운 방문 등, 부모/아동/청소년이 예정에 없던 연락을 취하는 경우에는 사례 담당 직원에게 알려야 합니다.
5. 공유 계획 회의에 참여하십시오. 공유 계획 회의는 아동의 안전, 영구적인 안정, 복지에 대한 정보와 통찰력을 제공할 수 있는 기회입니다.
6. 아동/청소년에게 학대, 방임, 의료 문제, 행동 장애, 발달 장애, 교육 장애 등의 문제가 있는 경우에는, 사례 담당 직원에게 .
7. 사례 담당 직원과 상의해, 귀하가 위탁 보육하고 있는 아동/청소년에게 가장 적합한 훈육 전략이나 방법을 시도해야 합니다. 체벌을 해서는 안 됩니다.
8. 경우, 인디언 의 요건이나 기타 아동/청소년의 문화적 요구를 충족시키기 위해 아동/청소년을 담당하는 사례 담당 직원의 지시에 따라야 합니다.
9. 아동은 연방의 권장 검사 일정에 따라 연령에 맞는 EPSDT 검사를 포함해 지속적으로 의료, 치과 및 정신 건강 서비스를 받아야 합니다. (생후 1 년 이내에 5 번 검사, 12 개월~2 세에 3 번 검사, 3 세~20 세에 연례 검사)
10. 메디케이드 고객 전화 상담 서비스 1-800-562-3022(내선 15480)에 문의하십시오. 의료기관/치과를 찾는 데 도움이 필요한 경우에는 월요일-금요일 오전 07:30 - 오후 05:00(태평양 표준시)에 위 번호로 연락하거나, ProviderOne 웹사이트(<http://hrsa.dshs.wa.gov/providerone/providers.htm>)를 이용하십시오.
11. 다달이 아동을 병원/치과에 데려가느라 들어간 교통비는 현금받을 수 있습니다. 대리보육자의 월간 주행거리 신고양식은 <http://www.dshs.wa.gov/ca/fosterparents/forms-policies.asp> 에서 다운로드할 수 있습니다.

12. 아동을 의료기관에 데려가 진료를 받을 때는 아동의 ProviderOne 카드를 제시하십시오.

13. 의료 일지를 이용해 의료기관/치과 예약, 연락처, 진료 결과/의료진 권고사항 등을 기록해 두십시오.

**아동/청소년의 확실한 안전과 복지를 보장하기 위하여, 대리보육자는 다음과 같은 방식으로 DCYF 와 협력하는 데 동의합니다.**

1. 감독 없이 아동과 접촉하는 16 세 이상의 모든 인물은 전과 조회와 아동 학대 및 방임 이력 조회를 받아야 합니다.
2. 귀하의 가정에 거주하는 인원이 바뀔 경우 사례 담당 직원에게 알려야 하며, 위 1 번에 인물의 경우 전과 조회와 아동학대 및 방임 이력 조회를 받아야 합니다.
3. 아동/청소년을 돌보는 데 영향을 끼칠 수 있는 문제가 있는 경우 사례 담당 직원에게 알려십시오. 아동/청소년이 더 이상 귀하의 가정에 머물 수 없다고 판단될 경우, 사례 담당 직원과 협력해 새로운 위탁 계획을 세워야 합니다.
4. 귀하의 가정에서 더 이상 아동/청소년을 돌볼 수 없어 내보내야 하는 경우, 비상사태가 아닌 이상 최소 14 일 전에는 사례 담당 직원에게 통보해야 적절한 계획을 세울 수 있습니다.
5. 모든 대리보육자는 반드시 지문 조회를 받아야 합니다. 상기 아동/청소년을 위탁 배치하기 전에 NCIC 조회나 BCCU 조회를 받은 대리보육자도 반드시 지문 조회를 받고, **그 결과를 NCIC 또는 BCCU 조회를 받은 날로부터 10 일 이내에 사례 담당 직원에게 제출해야 합니다.**
6. 요청받은 정보는 최대한 빨리 제출하십시오.
7. 나는 , 안전 수면 지침을 따르는 데 동의합니다.

**DCYF 는 다음을 수행합니다.**

1. 아동/청소년의 건강, 교육, 심리/행동 욕구 및 장애에 대한 정보를 대리보육자에게 제공합니다.
2. 아동의 건강이 좋지 않은 경우에는, 대리보육자와 함께 간병인 지원 계획(DCYF 10-428)을 마련하겠습니다.
3. 법정 심리 및 공유 계획 회의 등의 정보를 대리보육자에게 미리 제공합니다.
4. 대리보육자에게 다음 정보를 제공합니다.
  - a. 위탁 부모 자격증 취득 및 연락처 정보
  - b. 교육 기회
  - c. TANF 재정 혜택
  - d. 메디컬 / 메디케이드 보장
  - e. 기타 이용 가능한 서비스
5. 가정 실태 조사서 작성

아동/청소년은 DCYF 의 보호 하에 있으므로, 법원에서 다음과 같이 판단할 경우 아동/청소년을 다른 곳에 위탁할 수 있습니다.

- 아동/청소년을 위탁 보호하는 것이 이들을 위한 최선의 선택이 아니라고 판단되는 경우

- 이 동의서 내용을 위반할 경우
- 아동/청소년의 비상 위탁 보호를 더 이상 지속할 수 없다고 결정하는 경우
- 친척이나 주변인의 가정이 위탁 장소로 적절하지 않다고 판단되는 경우

본인은 아동 정보/위탁 의뢰서 사본을 받았습니다(DCYF 15-300).  예  아니오

나는 영아 안전 수면 지침에 대한 영아 안전 수면 지침 양식, DCYF 22-1577 을 수령했습니다.  예  아니오  해당 없음

대리보육자  날짜	대리보육자  날짜	배정된 사례 담당자  날짜
-----------------	-----------------	----------------------

배부: 대리보육자 자원 가족, 아동 파일