|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Programa de Cuidado de Crianza Extendida Acuerdo de colocación voluntaria (VPA)**  **Extended Foster Care Program Voluntary Placement Agreement (VPA)** | IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA (ID) | |
|  | FECHA DE NACIMIENTO | |
| Este acuerdo se celebra entre  (nombre del joven) y el DCYF | | | |
| 1. **El joven certifica que:**    * Tuve una dependencia abierta cuando cumplí 18 años de edad y aún no he cumplido los 21 años de edad o más.    * Entiendo que la ley exige que yo esté bajo la "colocación y autoridad de cuidado" del DCYF y que, dentro de un plazo de 179 días de la firma de este acuerdo, se determine que soy un no menor de edad dependiente en un procedimiento del tribunal de menores. | | | |
| 1. **El DCYF le ayudará al joven a:**  * Hacer progreso continuo para alcanzar las metas identificadas en mi plan del caso, que pueden incluir habilidades educativas, vocacionales, laborales y otras necesarias para alcanzar la independencia. * Participar en las decisiones relacionadas con mi caso y, en caso de que aún no tenga un abogado, el tribunal me asignará uno para que me ayude con los procesos judiciales. * Cumplir todas las órdenes del tribunal de dependencia (por ejemplo, participar en los servicios provistos para ayudar en mi transición). * Cumplir con todas las reglas de la colocación. * No dejar mi colocación por más de 72 horas sin permiso. * Reunirme con mi trabajador social asignado por lo menos una vez al mes, para revisar mi caso. * Si la Administración del Seguro Social ha determinado que usted no capaz de administrar sus beneficios, el DCYF solicitará ser considerado como su representante para recepción de pagos. | | | |
| 1. **El DCYF se compromete a:**  * Proporcionar y apoyar la colocación o la situación de vida, cuando así lo autorice la ley, y brindar servicios de cuidado de crianza al joven. * Verificar que el joven participa en una actividad educativa, vocacional o para eliminar obstáculos, que tiene un empleo o que padece un trastorno médico. * Continuar ofreciendo servicios de Habilidades para la Vida Independiente o de transición al joven. * Ayudar al joven en la coordinación de servicios con otras administraciones o agencias que ofrezcan beneficios para los cuales el joven sea elegible. * Revisar y actualizar el plan del caso con el joven. * Encontrarse en persona con el joven al menos una vez al mes. | | | |
| 1. **Este acuerdo finalizará cuando el joven:**  * Sea declarado dependiente por el tribunal de menores, dándole al DCYF facultades de colocación y cuidado sobre el joven, o   + Ya no acepte firmar el acuerdo de cuidado de crianza extendido   + El joven tenga 21 años de edad o más. | | | |
|  | | | |
| FIRMA DEL CLIENTE | | | FECHA |
| FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL DEL DCYF | | | FECHA |
|  | | | |