



Наступна інформація допоможе вам заповнити доданий робочий аркуш, щоб подати заявку на участь у програмі підтримки усиновлення, і надасть інформацію про особливі потреби вашої дитини та обставини вашої сім'ї. Будь ласка, заповніть робочий аркуш для кожної дитини, на яку ви подаєте заявку. Після заповнення робочий аркуш буде переглянуто консультантом програми підтримки усиновлення.

Будь ласка, спочатку введіть ім'я усиновлюваної дитини, своє ім'я (імена) та дату заповнення форми.

### **РОЗДІЛ 1: ОСОБЛИВІ ПОТРЕБИ ДИТИНИ ТА ПОВ'ЯЗАНІ З НИМИ ВИТРАТИ**

Введіть наступну інформацію:

- **Особливі потреби дитини та пов'язані з ними витрати** – це те місце, де ви вказуєте назву ідентифікованих витрат (наприклад, баскетбол, адаптивне обладнання, сенсорні інструменти тощо)
- **Місячні витрати** – це місце, де ви вказуєте загальні місячні витрати, пов'язані з особливими потребами вашої дитини
- **Сума, яку надають батьки** — це частина щомісячних витрат, яку ваша сім'я може сплачувати після усиновлення
- **Сума запитованої допомоги** – це частка загальних витрат, яку ваша родина запитує в якості підтримки при усиновленні

Приклад: Лікар або медичний працівник/професіонал із психічного здоров'я рекомендує позакласні заходи, такі як уроки з плавання, бойові мистецтва чи спорт, щоб задовольнити потреби у великій моториці, сенсориці, стосунках з однолітками чи інших особливих потребах вашої дитини. Зокрема, ваша дитина зареєстрована на тхеквондо за \$50 на місяць і в літній спортивний табір за \$840 на 8 тижнів\*. Виходячи з вашого бюджету, ви вважаєте, що ваша сім'я в змозі покрити половину вартості цих витрат, і просите підтримку при усиновленні з другою половиною.

**\*ПОРАДА:** Ми заохочуємо вашу родину сісти та переглянути свій бюджет і витрати, щоб отримати реальне уявлення про обсяг фінансових ресурсів, які ваша сім'я використовує щомісяця для підтримки особливих потреб вашої дитини. Ми визнаємо, що не всі витрати відбуваються щомісяця, але перегляд і обмірковування витрат протягом року може допомогти вам подумати про ті витрати, які відбуваються раз на два місяці, двічі на рік або лише раз на рік. У наведеному вище прикладі сім'я візьме \$840, поділені на 12 місяців = \$70 на місяць для цих витрат.

<b>Розділ 1. Особливі потреби дитини та пов'язані з ними витрати</b>			
ОСОБЛИВІ ПОТРЕБИ ДИТИНИ ТА ПОВ'ЯЗАНІ З НИМИ ВИТРАТИ	ЩОМІСЯЧНІ ВИТРАТИ	СУМА, НАДАНА БАТЬКАМИ	СУМА ЗАПИТУВАНОЇ ДОПОМОГИ
Тхеквондо	\$150	\$75	\$75
Літній табір	\$840/рік = \$70/місяць	\$35	\$35

### **РОЗДІЛ 2: РЕСУРСИ СІМ'Ї ТА ГРОМАДИ**

Будь ласка, заповніть цей розділ якомога повніше, виходячи з того, що стосується вашої родини. Цей розділ має на меті надати Програмі підтримки усиновлення інформацію, щоб розглянути загальну здатність вашої родини інтегрувати цю конкретну дитину у ваш дім після усиновлення з урахуванням її особливих потреб.

**\*ПОРАДИ:**

- Кількість людей, які утримуються за рахунок доходу та ресурсів заявника, \*не\* повинна включати будь-яких дітей з програми патронатного виховання, які зараз перебувають у домі. Необхідно включити дитину (дітей), яку(яких) буде усиновлено.
- Валовий місячний дохід – це дохід до сплати податків, страхування та інших відрахувань
- Додаткові джерела доходу можуть включати аліменти на дітей, пільги соціального забезпечення для вас або вашої дитини (дітей), виплати ветеранам, виплати на душу населення тощо.

### **РОЗДІЛ 3: ВИТРАТИ В СЕРЕДНЬОМУ**

Будь ласка, заповніть цей розділ якомога повніше, виходячи з того, що стосується вашої родини. Цей розділ також має на меті надати Програмі підтримки усиновлення інформацію, щоб розглянути загальну здатність вашої родини інтегрувати цю конкретну дитину у ваш дім після усиновлення з урахуванням її особливих потреб.

- Зробіть усе можливе, щоб надати середню та точну суму всіх щомісячних постійних і змінних витрат, які несе ваша родина.

- Якщо у вас є інший спосіб забезпечення сімейного бюджету (документ Word, Excel тощо), ви можете додати його. Ви також можете додати додатковий аркуш до робочого аркуша щодо програми підтримки усиновлення.

#### **РОЗДІЛ 4: ЗАПИТУВАНІ ПІЛЬГИ**

У цьому розділі ви визначаєте, чи можете ви усиновити цю дитину без допомоги Програми підтримки усиновлення, і якщо ні, які (4) пільги програми ви запитуєте. Ви можете запросити будь-яку комбінацію пільг, яка найкраще відповідає потребам вашої родини.

Спочатку визначте свою здатність усиновити цю дитину без допомоги Програми підтримки усиновлення. Програма підтримки усиновлення доступна для тих сімей, які не можуть усиновити цю дитину без допомоги програми (Більшість сімей не можуть усиновити без принаймні (1) із надаваних пільг).

Потім визначте, які пільги ви запитуєте:

- **Щомісячна грошова виплата:** Відмітьте поле, якщо потрібно, і вкажіть суму в доларах, яку ви запитуєте від програми.
  - Щомісячна грошова виплата, за домовленістю, не може перевищувати встановленого законом ліміту виплати щодо програми підтримки усиновлення.
- **Нерегулярні витрати:** Відмітьте поле, якщо потрібно, і вкажіть суму ваших очікуваних одноразових витрат у доларах, які ви запитуєте для відшкодування (до \$1500 на дитину)
- **Консультавання:** Відмітьте поле, якщо потрібна допомога з попередньо затвердженим консультуванням
  - Ця пільга може фінансово допомогти безпосередньо сплатити деякі витрати на послуги психіатричних закладів, які не мають договору з програмою страхування Medicaid або іншим планом страхування, до якого ви можете додати свою дитину (дітей).
- **Медичне обслуговування:** Відмітьте поле, якщо запитуєте Розділ XIX Medicaid
  - Якщо ваша родина додасть дитину (дітей) до свого плану приватного страхування, Medicaid можна використовувати як додаткове покриття

**\*ПОРАДА:** Будь ласка, зверніть увагу, що загальна мета Програми підтримки усиновлення полягає в об'єднанні з власними ресурсами сім'ї, а також ресурсами громади, щоб **допомогти** задовольнити звичайні та особливі потреби дитини. Грошові виплати та пільги в цілому унікальні для кожної сім'ї та дитини.



## РОБОЧИЙ АРКУШ ЩОДО ПРОГРАМИ ПІДТРИМКИ УСИНОВЛЕННЯ ADOPTION SUPPORT WORKSHEET

ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ДИТИНИ	ІМЕНА ТА ПРИЗВИЩА УСИНОВЛЮВАЧІВ	ДАТА	
<b>Розділ 1. Особливі потреби дитини та пов'язані з ними витрати</b>			
ОСОБЛИВІ ПОТРЕБИ ДИТИНИ ТА ПОВ'ЯЗАНІ З НИМИ ВИТРАТИ	ЩОМІСЯЧНІ ВИТРАТИ	СУМА, НАДАНА БАТЬКАМИ	СУМА ЗАПИТУВАНОЇ ДОПОМОГИ
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
<b>Розділ 2. Ресурси сім'ї та громади</b>			
Будь ласка, перелічіть ресурси, до яких зараз має доступ ваша родина, або ті послуги, які доступні, щоб компенсувати додаткові витрати, пов'язані з доглядом за вашою дитиною. Приклади наведено нижче.			
ДЖЕРЕЛО			СУМА
<input type="checkbox"/> Загальний місячний дохід Кількість людей, забезпечених доходом: _____			\$
<input type="checkbox"/> Додатковий соціальний дохід (SSI), соціальне забезпечення (SSA) / пільги ветеранам			\$
<input type="checkbox"/> Аліменти на дітей (на інших дітей у сім'ї)			\$
<input type="checkbox"/> Доплата за програмою Working Connections Child Care (WCCC)			\$
<input type="checkbox"/> Інше:			\$
<input type="checkbox"/> Сімейне медичне страхування Перелічіть постачальників:			
<input type="checkbox"/> Адміністрація у справах осіб з інвалідністю внаслідок вад розвитку та/або персональний догляд за програмою Medicaid			
<input type="checkbox"/> Від народження до трьох років / Early Head Start / ECEAP / Розвиваюча дошкільна програма			
<b>Розділ 3. Витрати в середньому</b>			
ЩОМІСЯЧНІ ВИТРАТИ	СУМА	ЩОМІСЯЧНІ ВИТРАТИ	СУМА
Житло	\$	Медична допомога	\$
Комунальні послуги / телефон	\$	Аліменти на дітей	\$
Харчування	\$	Позики (не іпотека чи оренда)	\$
Автомобіль	\$	Оплата заборгованості за кредитними картками	\$
Страховка	\$	Догляд за утриманнями	\$
Сімейне медичне страхування	\$	Догляд за дітьми	\$
Витрати на освіту	\$	Інше:	\$
<b>Розділ 4. Запитувані пільги</b>			
Підтримка усиновлення – це набір послуг і підтримки, включаючи: Розділ XIX Medicaid, попередньо затверджене консультування, відшкодування разових витрат і щомісячну грошову виплату, якщо це узгоджено. Чи можете ви усиновити цю дитину без пільг Програми підтримки усиновлення? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні			
Якщо ні, будь ласка, вкажіть, які з наведених нижче пільг ви запитуєте:			
<input type="checkbox"/> Щомісячна грошова виплата \$ _____ (запитувана сума)			
<input type="checkbox"/> Відшкодування разових витрат \$ _____ (сума вказана в заявці)			
<input type="checkbox"/> Попередньо затверджене консультування			
<input type="checkbox"/> Розділ XIX Medicaid			
ПІДПИС УСИНОВЛЮВАЧА	ДАТА	ПІДПИС УСИНОВЛЮВАЧА	ДАТА

**Додаткове місце, якщо потрібно**