



ПРОЦЕДУРИ ЗВЕРНЕННЯ ДО ПРОГРАМИ ПІДТРИМКИ УСИНОВЛЕННЯ ТА/АБО ВІДШКОДУВАННЯ ВИТРАТ НА ЗАВЕРШЕННЯ УСИНОВЛЕННЯ PROCEDURES FOR APPLYING TO THE ADOPTION SUPPORT PROGRAM AND/OR REIMBURSEMENT OF ADOPTION FINALIZATION COSTS

Наведена нижче інформація допоможе вам заповнити форму, що додається, щоб подати заявку на участь у програмі підтримки усиновлення та подати заявку на відшкодування витрат на завершення усиновлення вашої дитини. Будь ласка, заповніть форму заявки для кожної дитини. Заявка буде розглянута консультантом програми підтримки усиновлення.

РОЗДІЛ I: ЗАЯВКА НА ПРОГРАМУ ПІДТРИМКИ УСИНОВЛЕННЯ

Введіть наступну інформацію:

- Прізвище, ім'я та по батькові усиновлюваної дитини та очікуване прийняте при усиновленні ім'я.
- Дата народження дитини.
- Ваше ім'я, дата народження, расова приналежність і поточна професія.
- Ваша адреса, місто, штат, поштовий індекс, номери телефонів.

РОЗДІЛ II: ВІДШКОДУВАННЯ ВИТРАТ НА ЗАВЕРШЕННЯ УСИНОВЛЕННЯ

(Заповніть цей розділ, якщо ви запитуєте відшкодування витрат, понесених під час завершення усиновлення). Ці витрати можна оцінити. **МАКСИМАЛЬНА КОМПЕНСАЦІЯ СТАНОВИТЬ \$1500**

A. Юридичні збори – це гонорари, які ви заплатили адвокату за послуги, збори за подання до суду, збори за копіювання та свідоцтво про народження.

B. Транспортні витрати – це витрати, які ви понесли під час поїздки, щоб відвідати дитину до того, як її помістили у ваш дім. Відшкодування здійснюється за таким же розміром, як і для бюджетників.

C. Медичні витрати на звіт(и) медичного огляду від вашого лікаря та/або медичне(і) обстеження вашої дитини, яка буде усиновлена.

D. Комісії агентства з усиновлення – це гонорари, які ви сплачуєте приватному агентству.

Після завершення усиновлення ваші дозволені витрати буде відшкодовано, коли ми отримаємо наступне:

- Завірена копія рішення про усиновлення
- Копія рахунків, які показують, що ви оплатили послуги, які ви зазначили у формі
- Дійсний чек про сплачені послуги, або
- Копія скасованого чека

Відшкодування буде виплачено родині через 30 днів після отримання вищезазначених речей.

РОЗДІЛ III: ЗАПИТУВАНІ ПОСЛУГИ

Будь ласка, відмітьте відповідні поля, щоб вказати, які послуги ви запитуєте на користь дитини, яку усиновлюєте, і що ви розумієте вимоги до цих послуг. Якщо це усиновлення двома батьками, обидва батьки повинні підписати форму та поставити дату.

**ЗАЯВКА НА ПРОГРАМУ ПІДТРИМКИ УСИНОВЛЕННЯ
ТА/АБО ВІДШКОДУВАННЯ ВИТРАТ НА
ЗАВЕРШЕННЯ УСИНОВЛЕННЯ
APPLICATION FOR THE ADOPTION SUPPORT PROGRAM AND/OR
REIMBURSEMENT OF ADOPTION FINALIZATION COSTS**

РОЗДІЛ I – ЗАЯВКА НА ПРОГРАМУ ПІДТРИМКИ УСИНОВЛЕННЯ				
ІМ'Я ПРИ НАРОДЖЕННІ УСИНОВЛЮВАНОЇ ДИТИНИ (прізвище, ім'я, по батькові)		ОЧІКУВАНЕ ПРИЙНЯТЕ ПРИ УСИНОВЛЕННІ ІМ'Я (прізвище, ім'я, по батькові)		ДАТА НАРОДЖЕННЯ
МАЙБУТНІ УСИНОВЛЮВАЧІ				
ПОВНЕ ІМ'Я (ПОВНІ ІМЕНА) (ІМ'Я, ПРІЗВИЩЕ, ПО БАТЬКОВІ)		ДАТА НАРОДЖЕННЯ	РАСА	ПОТОЧНИЙ ВИД ДІЯЛЬНОСТІ
АДРЕСА			МІСТО	ШТАТ
ПОШТОВИЙ ІНДЕКС				
БАЖАНИЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНУ		АЛЬТЕРНАТИВНІ НОМЕРИ ТЕЛЕФОНІВ		ЕЛЕКТРОННА ПОШТА
РОЗДІЛ II – ВІДШКОДУВАННЯ ВИТРАТ НА ЗАВЕРШЕННЯ УСИНОВЛЕННЯ				
Чи маєте ви право на відшкодування витрат на усиновлення від вашого роботодавця чи будь-яких інших джерел? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні				
Якщо так, то від кого: Доступна сума \$				
А. ЮРИДИЧНІ ГОНОРАРИ		OFFICE USE ONLY APPROVED (СХВАЛЕНО ЛИШЕ ДЛЯ ОФІСНОГО ВИКОРИСТАННЯ)	С. МЕДИЧНІ ВИТРАТИ	
			OFFICE USE ONLY APPROVED (СХВАЛЕНО ЛИШЕ ДЛЯ ОФІСНОГО ВИКОРИСТАННЯ)	
Адвокатські гонорари	\$		Сімейні медичні огляди	\$
Судові збори/збори за подання	\$		Медичні огляди приймальної дитини	\$
Плата за копіювання	\$		Інше:	\$
Свідоцтво про народження	\$			
Інше	\$			
В. ТРАНСПОРТНІ ВИТРАТИ ДЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ ПРОЦЕСУ РОЗМІЩЕННЯ			D. КОМІСІЯ АГЕНТСТВА З УСИНОВЛЕННЯ:	
Їжа	\$			\$
Проживання	\$		E. ЗАГАЛЬНА СУМА (Додайте А, В, С та D)	
Проїзд:	миль на \$		\$	
РОЗДІЛ III – ЗАПИТУВАНІ ПОСЛУГИ				
Я запитую наступні послуги: (Будь ласка, відмітьте поля для послуг і зазначте своє розуміння вимог до послуг). <input type="checkbox"/> Щомісячна субсидія для покриття деяких витрат, безпосередньо пов'язаних із визначеними потребами дитини. _____ / _____ Я розумію, що розмір субсидії буде обговорюватися з консультантом програми підтримки усиновлення. Перегляд угоди про підтримку усиновлення буде завершено за запитом, і необхідно надати копію поточної федеральної податкової декларації (IRS 1040), доки буде отримано оплату або послуги.		<input type="checkbox"/> Витрати на завершення усиновлення _____ / _____ Я розумію, що для отримання відшкодування я повинен надати копію рішення про усиновлення, а також квитанції та/або підтвердження оплати, пов'язані з усиновленням. <input type="checkbox"/> Консультавання _____ / _____ Я розумію, що послуги з консультавання та оцінювання обмежені, і їх потрібно замовляти та схвалювати перед початком надання послуг. Якщо моя дитина має приватне страхування, спочатку потрібно виставити рахунок. <input type="checkbox"/> Медичне покриття (розділ XIX Medicaid) _____ / _____ Я розумію, що якщо моя дитина покривається приватним страхуванням, їй спочатку потрібно виставити рахунок.		
ПІДПИС БАТЬКА АБО МАТЕРІ		ДАТА	ПІДПИС БАТЬКА АБО МАТЕРІ	
			ДАТА	