



Acuerdo de participación en el Programa de Cuidado de Crianza Temporal Extendida Extended Foster Care Program Participation Agreement

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO
--	---------------------

El presente acuerdo se celebra entre _____ (nombre del joven) y el Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (por sus siglas en inglés, DCYF).

I. El joven se compromete a:

- Participar en una o más de las siguientes categorías de elegibilidad: (a) inscrito en un programa de educación secundaria o equivalencia; o (b) inscrito y participando en un programa de educación post-secundaria; o (c) participando en un programa o actividad diseñado a promover empleo o eliminar los obstáculos para obtener empleo (incluyendo un empleo de tiempo parcial); o (d) empleado 80 horas a la semana o más; o (e) incapaz de participar en cualquiera de las actividades anteriores debido a un trastorno médico documentado. Cuando mi capacidad para participar no es afectada por el estado de emergencia por COVID-19.
- Entiendo que después del 30 de septiembre de 2021 la participación continua en el cuidado de crianza extendido está sujeta a una elegibilidad continua en una de las cinco categorías indicadas en el párrafo anterior.
- Vivir en una colocación aprobada por el DCYF o por el tribunal para seguir siendo elegible para cuidado de crianza extendido.
- Hacer progreso continuo en alcanzar las metas identificadas en mi plan del caso, que pueden incluir habilidades educativas, vocacionales, laborales y otras necesarias para alcanzar la independencia.
- Involucrarme 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 ordenados para ayudar en mi transición a la independencia).
- Permanecer en mi colocación aprobada por el DCYF o el tribunal.
- Cumplir con todas las reglas de la colocación.
- No dejar mi colocación por más de 72 horas sin la aprobación previa de mi trabajador social asignado.
- Reunirme con mi trabajador social asignado por lo menos cada mes para repasar mi progreso y asegurarme de que sigo cumpliendo con los criterios de elegibilidad para el programa de cuidado de crianza extendido.
- Si la Administración del Seguro Social ha determinado que no soy capaz de administrar mis beneficios, el DCYF solicitará ser considerado como mi representante para recepción de pagos.

II. 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 extendido al joven.
- Verificar la participación del joven en una actividad educativa, vocacional, para eliminar obstáculos o laboral, o que presente 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.

III. El cuidado de crianza extendido terminará y el DCYF le pedirá al tribunal que desestime su caso cuando usted:

- Informe al tribunal que ya no quiere participar en el programa.
- Ya no pertenezca a una de las cinco categorías enumeradas en la Parte I, párrafo 1 y la fecha es después del 30 de septiembre de 2021.
- Ya no participe en su plan del caso, incluyendo las visitas mensuales de salud y seguridad, o no cumpla con las órdenes judiciales de acuerdo con WAC 110-90-190.
- Deje su colocación de cuidado de crianza por más de 72 horas sin la aprobación previa del trabajador social asignado al caso
- Decida residir en una colocación que no haya sido aprobada por el DCYF o el tribunal.
- Si la fecha es el 30 de septiembre o posterior, y ha cumplido los 21 años de edad o más.

Este acuerdo entrará en vigor en la fecha de su firma:

FIRMA DEL JOVEN	FECHA
FIRMA DEL TRABAJADOR SOCIAL	FECHA