

ADOPTION ASSISTANCE INTENT STATEMENT

بيان النية لإعانة التبني

إدارة الخدمات الصحية و الإنسانية لولاية ميشيغان (Michigan Department of Health and Human Services)

تاريخ الميلاد:

اسم الطفل:

(الأخير، الأول، الأوسط)

التعليمات: الآباء بالتبني المحتملين استكمل قسم واحد فقط (البند بخط مائل). لا يجوز تغيير هذه الاستمارة.

القسم 1: طلب إعانة التبني (إعانة دعم التبني و/أو نفقات التبني الغير متكررة)

لقد استلمت كتيب برامج إعانة دعم التبني بميشيغان (DHS-PUB-538).

إذا تمت الموافقة على لتبني الطفل المدرج اسمع في بيان النية، فأنا أطلب دعم الإعانة لتحديد الأهلية للتبني والمخصصات الطبية المرتبطة ونفقات التبني الغير متكررة لأنني لا أقدر على تبني طفل بدون إعانة التبني.

أفهم أنه من أجل الحصول على إعانة للتبني، يتعين استكمال ما يلي قبل قيام المحكمة بتوقيع آخر أمر بالتبني:

1. يتعين تحديد أهلية الطفل من أجل برنامج/برامج إعانة للتبني من قبل إدارة الخدمات الصحية و الإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) مكتب دعم التبني،

و

2. يتعين التفاوض على اتفاقية إعانة التبني (DHS-4113) وتوقيعها من قبل الوالد/الوالدين بالتبني المحتملين ومن ينوب عن إدارة الخدمات الصحية و الإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS).

ملاحظة: إذا تم التوقيع على اتفاقية إعانة التبني من قبل جميع الأطراف، قبل أمر وضع الطفل، سوف يتم استحقاق دفع إعانة دعم التبني في تاريخ أمر وضع الطفل. إذا تم التوقيع على اتفاقية إعانة التبني من قبل جميع الأطراف بعد أمر وضع الطفل ولكن قبل صدور الأمر النهائي للتبني، سوف يتم استحقاق الدفع في تاريخ توقيه الاتفاقية من قبل من ينوب عن MDHHS .

بتوقيعي، أؤكد أنا أنني قد قمت بمراجعة هذه المعلومات مع موظف التبني.

توقيع أحد الوالدين بالتبني المحتمل	طباعة الاسم القانوني	التاريخ
توقيع أحد الوالدين بالتبني المحتمل (إذا كانوا 2 من الآباء)	طباعة الاسم القانوني	التاريخ
عنوان المراسلة بالكامل (رقم/الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)	رقم الهاتف ()	

القسم 2: عدم طلب إعانة التبني

لقد استلمت كتيب برامج إعانة دعم التبني بميشيغان (DHS-PUB-538).

سواء تمت الموافقة على لتبني الطفل المدرج اسمه في بيان النوايا هذا أم لا لن أقوم بطلب تحديد الأهلية من إعانة دعم التبني و مخصصات الرعاية الصحية المرتبطة. أفهم أنني قد يطلب تحديد الأهلية من اجل برنامج نفقات التبني الغير متكررة فقط، يتعين استكمال طلب نفقات التبني الغير متكررة (DHS-4814) وإرسالها من خلال موظف التبني.

بتوقيعي، أؤكد أنا أنني قد قمت بمراجعة هذه المعلومات مع موظف التبني.

توقيع أحد الوالدين بالتبني المحتمل	طباعة الاسم القانوني	التاريخ
توقيع أحد الوالدين بالتبني المحتمل (إذا كانوا 2 من الآباء)	طباعة الاسم القانوني	التاريخ
عنوان المراسلة بالكامل (رقم/الشارع، المدينة، الولاية، الرمز البريدي)	رقم الهاتف ()	

لن تميز إدارة الخدمات الصحية و الإنسانية لولاية ميشيغان Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) ضد أي فرد أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو الأصل الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية أو التعبير، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة.

السلطة: 1939 PA 280
الإنهاء: طوعي.
العقوبة: لن يتم تحدي دعم إعانة الأهلية.