

ШТАТ НЬЮ-ЙОРК
УПРАВЛЕНИЕ ПО ДЕЛАМ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ

**СОГЛАШЕНИЕ О ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИЕМНОЙ СЕМЬЕ И ВОЗМЕЩЕНИИ
ЕДИНОВРЕМЕННЫХ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С УСЫНОВЛЕНИЕМ / УДОЧЕРЕНИЕМ**
Техническая поправка

Настоящий документ содержит поправку к заключительной версии Соглашения о государственной помощи приемной семье и возмещении единовременных расходов, связанных с усыновлением / удочерением (копия которого прилагается), заключенного между:

Приемным родителем / законным опекуном или попечителем / уполномоченным получателем платежей	_____ (ПОЛНОЕ ИМЯ)
Приемным родителем / законным опекуном или попечителем / уполномоченным получателем платежей и _____	_____ (ПОЛНОЕ ИМЯ)
_____ окружным отделом социальной службы или добровольным уполномоченным агентством в отношении усыновления / удочерения ребенка:	
_____ ПОЛНОЕ ИМЯ РЕБЕНКА	
_____ / ____ / ____ ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД)	ОТ _____ / ____ / ____ ДАТА ЗАВЕРШЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ УСЫНОВЛЕНИЯ / УДОЧЕРЕНИЯ

Приемные родители / законные опекуны или попечители / уполномоченные получатели платежей, а также окружной отдел социальной службы или OCFS настоящим соглашаются внести поправки в указанные ниже разделы:

<input type="checkbox"/> ДОБАВЛЕНИЕ ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЯ	<input type="checkbox"/> ИЗМЕНЕНИЕ ИМЕНИ И (ИЛИ) ФАМИЛИИ	
В РАЗДЕЛ I Соглашения о государственной помощи приемной семье и возмещении единовременных расходов, связанных с усыновлением / удочерением, вносятся следующие поправки с целью добавления приемного родителя либо изменения имени и (или) фамилии приемного родителя / законного опекуна или попечителя / уполномоченного получателя платежей:		
Приемные родители / законный опекун или попечитель / уполномоченный получатель платежей ПОЛНОЕ (-ЫЕ) ИМЯ (ИМЕНА): _____		
АДРЕС: _____		
ГОРОД: _____	ШТАТ: _____	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС: _____

Подписи приемных родителей / получателя платежей

	/ /
ПОДПИСЬ ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ОПЕКУНА ИЛИ ПОПЕЧИТЕЛЯ / УПОЛНОМОЧЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ ПЛАТЕЖЕЙ	ДАТА (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД)
	/ /
ПОДПИСЬ ПРИЕМНОГО РОДИТЕЛЯ / ЗАКОННОГО ОПЕКУНА ИЛИ ПОПЕЧИТЕЛЯ / УПОЛНОМОЧЕННОГО ПОЛУЧАТЕЛЯ ПЛАТЕЖЕЙ	ДАТА (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД)

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ОКРУЖНОГО ОТДЕЛА СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ

<input type="checkbox"/> ОДОБРЕНО	<input type="checkbox"/> ОТКАЗАНО	/ /
ПОДПИСЬ ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА ОКРУЖНОГО ОТДЕЛА СОЦИАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ		ДАТА (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД)

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ДОБРОВОЛЬНОГО УПОЛНОМОЧЕННОГО АГЕНТСТВА

<input type="checkbox"/> ОДОБРЕНО	<input type="checkbox"/> ОТКАЗАНО	/ /
ПОДПИСЬ ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА ДОБРОВОЛЬНОГО УПОЛНОМОЧЕННОГО АГЕНТСТВА		ДАТА (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД)

ПОДПИСЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ СЛУЖБЫ УСЫНОВЛЕНИЯ ШТАТА НЬЮ-ЙОРК

<input type="checkbox"/> ОДОБРЕНО	<input type="checkbox"/> ОТКАЗАНО	/ /
ПОДПИСЬ ДОЛЖНОСТНОГО ЛИЦА NYSAS		ДАТА (МЕСЯЦ/ДЕНЬ/ГОД)