STATE OF CALIFORNIA HEALTH AND WELFARE AGENCY

DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street, Sacramento, CA 95814

November 20, 1987

ALL-COUNTY LETTER NO. 87-151

TO: All County Welfare Directors
All Public and Private Adoption Agencies
All SDSS Adoption District Offices

SUBJECT: ADOPTION ASSISTANCE AGREEMENT RECERTIFICATION PROCESS

This letter provides the specific requirements for documentation of recertification of Adoption Assistance Agreements.

Adoptions Program regulations (MPP 70-705) require that eligibility for Adoption Assistance Program (AAP) benefits be recertified every two years. These regulations are not specific about the form of documentation of the concurrence of the adoptive family with the decision to continue, increase or decrease the AAP benefits. As a result of its recent audit of AAP, the Federal Department of Health and Human Services questioned whether a valid adoption assistance agreement existed in a number of recertified cases that were reviewed.

In order to document clearly, the decision to continue providing AAP, with or without modifications, the adoption agency and the family need to complete and sign Section I of an "Adoption Assistance Agreement" form (AD 4320) at each recertification and at any other time that there is a change in payment amount. The second box on the first line of Section I should be checked to indicate that the form is an amendment to a previous agreement. The adoption agency's copy of this AD 4320 is filed with the original AD 4320. (See MPP 70-708.1.) A copy of the current AD 4320 is enclosed.

The above procedure should resolve any question about the existence of a valid adoptive assistance agreement. Also it will provide families with documentation of the current provisions of their adoption assistance agreement.

Questions should be addressed to Ms. Marsha D. McNeil, Chief, Adoptions Policy Bureau, at (916) 322-4228 (ATSS 492-4228).

LOREN D. SUTER
Deputy Director
Adult and Family Services Division

Enclosure

cc: CWDA

ADOPTION ASSISTANCE AGREEMENT

Complete Section I or II as appropriate

DISTRIBUTION:
Original — *Adoptive Applicants*
Copy — *Agency File*

SECTION I

This is (check one) ☐ an initial agreement or ☐ an amendment to the agreement dated _____ (DATE OF INITIAL AGREEMENT).

I/we, _____ (NAME OF PARENT) and _____ (NAME OF PARENT), have entered into an agreement with the _____ (NAME OF AGENCY) for adoption assistance for _____ (NAME OF CHILD).

Under the terms of this agreement, Adoptions Assistance Program eligibility is expected to continue from _____ (DATE OF INITIAL ADOPTION DECREE) until _____ (EXPECTED ENDING DATE OF ELIGIBILITY NOT DATE OF NEXT RECERTIFICATION).

I/we understand that adoption assistance payments of $ _____ per month are now being authorized effective _____ (BEGINNING DATE OF PAYMENT OR DATE OF CHANGE) until _____ (NEXT RECERTIFICATION DATE) and that _____ (COUNTY WELFARE DEPARTMENT) will send us a form for the recertification of this agreement between 60 and 70 days prior to that date.

I/we understand that failure to complete the recertification information form may result in the delay of continued Adoption Assistance Program benefits.

I/we understand that, with my/our concurrence, the adoption agency may increase or decrease the amount of adoption assistance benefits as my/our circumstances or the needs of the child change.

I/we agree to keep the _____ (NAME OF CHILD'S AGENCY) informed of my/our place of residence and current address until termination of adoption assistance.

I/we agree to keep the _____ (NAME OF CHILD'S AGENCY) informed of any changes in my/our financial circumstances or the needs of the child that might affect the adoption assistance payment until termination of this agreement.

I/we understand that continuation of adoption assistance payments depends upon my/our legal responsibility for the support of the child and of continued receipt of that support by the child.

I/we understand that this agreement shall remain in effect regardless of the state of which I/we are residents.

I/we understand that under the terms of this agreement the child is eligible for services under Titles XIX (Medi-Cal) and XX (Social Services) of the Social Security Act.

I/we understand that state law prohibits the payment of an adoption assistance benefit which exceeds the amount which would have been paid for the child in foster care. I/we agree that if foster care rates are reduced to an amount less than that specified by this agreement, the amount of adoption assistance benefits will be reduced to the amount which would have been paid for the child in foster care.

I/we understand that the child will not be eligible to receive Adoption Assistance Program benefits after he/she reaches the age of 18 years unless he/she has mental or physical handicap which warrants continuation of payment to the age of 21 years.

CONFIRMATION OF ADOPTION ASSISTANCE PROGRAM CRITERIA (Check One) ☐ Age ☐ Sibling Group Member ☐ Minority Ethnicity ☐ Health Problem		ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE
AGENCY REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE	ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE

SECTION II

I/we, _____ (ADOPTIVE PARENT) and _____ (ADOPTIVE PARENT), understand that _____ (NAME OF CHILD) has _____ (SPECIFY HEALTH PROBLEM) which may result in a future need for Adoption Assistance Program benefits. Although assistance is not needed at this time, I/we understand that, after completion of the adoption, if I/we are unable to meet the child's need related to this known medical condition, or physical, mental, emotional handicap or other health condition, I/we may request Adoption Assistance Program benefits.

ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE	ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE
AGENCY REPRESENTATIVE SIGNATURE		DATE	

CONVENIO DE ASISTENCIA PARA ADOPCIÓN

DISTRIBUTION:

Original : Adoptive Applicants
Copy : Agency File

Complete la Sección apropiada, I o II

SECCIÓN I

Este es (marque uno) ☐ un convenio inicial o ☐ una enmienda al convenio de fecha (fecha del convenio inicial)

Yo, nosotros, _____ (NOMBRE DEL PADRE) y _____ (NOMBRE DE LA MADRE), hemos hecho un acuerdo con _____ (NOMBRE DE LA AGENCIA) para obtener asistencia en la adopción de _____ (NOMBRE DEL NIÑO).

Bajo los términos de este acuerdo, se autorizan los pagos a partir de _____ (FECHA DEL DECRETO INICIAL DE ADOPCIÓN) hasta _____ (FECHA EN QUE SE ESPERA SE TERMINE LA ELEGIBILIDAD NO LA FECHA DE LA PROXIMA RECERTIFICACIÓN).

Yo/nosotros entendemos que los pagos de asistencia para adopción de $ _____ por mes es están autorizando ahora a partir de _____ (FECHA DE COMIENZO DE LOS PAGOS O FECHA DEL CAMBIO) hasta _____ (FECHA DE LA PRÓXIMA RECERTIFICACIÓN) y que _____ (DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DEL CONDADO) nos enviará una forma para la recertificación de este convenio entre 60 y 70 días antes de esa fecha.

Yo/nosotros entendemos que el no completar la forma de información de recertificación puede resultar en que se tarden los beneficios continuos del Programa de Asistencia para Adopción.

Yo/nosotros entendemos que con mi/nuestra aprobación, la agencia de adopción puede aumentar o disminuir la cantidad de beneficios de asistencia para adopción a medida que mis/nuestras circunstancias o las necesidades del niño cambien.

Yo/nosotros convenimos en mantener a _____ (NOMBRE DE LA AGENCIA DEL NIÑO) informada de mi/nuestro lugar de residencia y dirección actual hasta que se termine la asistencia de adopción.

Yo/nosotros acordamos mantener a _____ (NOMBRE DE LA AGENCIA DEL NIÑO) informada de cualesquier cambios en mi/nuestra situación económica o las necesidades del niño que pudieran afectar el pago de asistencia para adopción hasta que se termine este convenio.

Yo/nosotros entendemos que la continuación de los pagos de asistencia para adopción depende de mi/nuestra responsabilidad legal para el sostenimiento del niño y del recibo continuo de esa ayuda por el niño.

Yo/nosotros entendemos que este convenio se mantendrá en efecto sin tomar en consideración el estado del cual sea(mos) residente(s).

Yo/nosotros entendemos que bajo los términos de este convenio el niño es elegible para servicios bajo los Títulos XIX (Medi-Cal) y XX (Servicios Sociales) del Acta del Seguro Social.

Yo/nosotros entendemos que la ley estatal prohibe el pago de beneficios del Programa de Asistencia para Adopción que exceda la cantidad que se hubiera pagado por tener al niño bajo cuidado de crianza (foster care). Yo/nosotros convenimos en que si las cantidades por cuidado de crianza son reducidas a una cantidad menor que la especificada por este convenio, la cantidad de beneficios de asistencia para adopción será reducida a la cantidad que hubiera sido pagada por mantener al niño bajo cuidado de crianza.
Yo/nosotros entendemos que el niño no será elegible para recibir beneficios del Programa de Asistencia para Adopción una vez que cumpla los 18 años de edad a menos que tenga algún impedimento mental o físico que justifique la continuación del pago hasta los 21 años de edad.

CONFIRMACION DE LAS NORMAS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCION: (MARQUE UNA CASILLA) ☐ Edad ☐ Miembro de un grupo de hermanos ☐ Etnicidad Minoría ☐ Problema de Salud		FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE DE LA AGENCIA	FECHA	FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA

SECCIÓN II

Yo, nosotros _____ (PADRE ADOPTIVO) y _____ (MADRE ADOPTIVA), entendemos que _____ (NOMBRE DEL NIÑO) tiene _____ (ESPECIFIQUE EL PROBLEMA DE SALUD), lo cual puede causar que necesite beneficios del Programa de Asistencia para Adopción en el futuro. Aunque no hay necesidad de asistencia actualmente, yo/nosotros entendemos que una vez que se complete la adopción, si yo/nosotros no podemos cubrir las necesidades del niño en cuanto a esta condición médica que ya es conocida, o su impedimento físico, mental, emocional, u otra condición médica, yo/nosotros podemos pedir beneficios del Programa de Asistencia para Adopción.

FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA	FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE DE LA AGENCIA		FECHA	

CONVENIO DE ASISTENCIA PARA ADOPCIÓN

DISTRIBUTION:

Original : Adoptive Applicants
Copy : Agency File

Complete la Sección apropiada, I o II

SECCIÓN I

Este es (marque uno) ☐ un convenio inicial o ☐ una enmienda al convenio de fecha (fecha del convenio inicial)

Yo, nosotros, _____ (NOMBRE DEL PADRE) y _____ (NOMBRE DE LA MADRE), hemos hecho un acuerdo con _____ (NOMBRE DE LA AGENCIA) para obtener asistencia en la adopción de _____ (NOMBRE DEL NIÑO).

Bajo los términos de este acuerdo, se autorizan los pagos a partir de _____ (FECHA DEL DECRETO INICIAL DE ADOPCIÓN) hasta _____ (FECHA EN QUE SE ESPERA SE TERMINE LA ELEGIBILIDAD NO LA FECHA DE LA PROXIMA RECERTIFICACIÓN).

Yo/nosotros entendemos que los pagos de asistencia para adopción de $ _____ por mes es están autorizando ahora a partir de _____ (FECHA DE COMIENZO DE LOS PAGOS O FECHA DEL CAMBIO) hasta _____ (FECHA DE LA PRÓXIMA RECERTIFICACIÓN) y que _____ (DEPARTAMENTO DE BIENESTAR DEL CONDADO) nos enviará una forma para la recertificación de este convenio entre 60 y 70 días antes de esa fecha.

Yo/nosotros entendemos que el no completar la forma de información de recertificación puede resultar en que se tarden los beneficios continuos del Programa de Asistencia para Adopción.

Yo/nosotros entendemos que con mi/nuestra aprobación, la agencia de adopción puede aumentar o disminuir la cantidad de beneficios de asistencia para adopción a medida que mis/nuestras circunstancias o las necesidades del niño cambien.

Yo/nosotros convenimos en mantener a _____ (NOMBRE DE LA AGENCIA DEL NIÑO) informada de mi/nuestro lugar de residencia y dirección actual hasta que se termine la asistencia de adopción.

Yo/nosotros acordamos mantener a _____ (NOMBRE DE LA AGENCIA DEL NIÑO) informada de cualesquier cambios en mi/nuestra situación económica o las necesidades del niño que pudieran afectar el pago de asistencia para adopción hasta que se termine este convenio.

Yo/nosotros entendemos que la continuación de los pagos de asistencia para adopción depende de mi/nuestra responsabilidad legal para el sostenimiento del niño y del recibo continuo de esa ayuda por el niño.

Yo/nosotros entendemos que este convenio se mantendrá en efecto sin tomar en consideración el estado del cual sea(mos) residente(s).

Yo/nosotros entendemos que bajo los términos de este convenio el niño es elegible para servicios bajo los Títulos XIX (Medi-Cal) y XX (Servicios Sociales) del Acta del Seguro Social.

Yo/nosotros entendemos que la ley estatal prohibe el pago de beneficios del Programa de Asistencia para Adopción que exceda la cantidad que se hubiera pagado por tener al niño bajo cuidado de crianza (foster care). Yo/nosotros convenimos en que si las cantidades por cuidado de crianza son reducidas a una cantidad menor que la especificada por este convenio, la cantidad de beneficios de asistencia para adopción será reducida a la cantidad que hubiera sido pagada por mantener al niño bajo cuidado de crianza.
Yo/nosotros entendemos que el niño no será elegible para recibir beneficios del Programa de Asistencia para Adopción una vez que cumpla los 18 años de edad a menos que tenga algún impedimento mental o físico que justifique la continuación del pago hasta los 21 años de edad.

CONFIRMACION DE LAS NORMAS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA ADOPCION: (MARQUE UNA CASILLA) ☐ Edad ☐ Miembro de un grupo de hermanos ☐ Etnicidad Minoría ☐ Problema de Salud		FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE DE LA AGENCIA	FECHA	FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA

SECCIÓN II

Yo, nosotros _____ (PADRE ADOPTIVO) y _____ (MADRE ADOPTIVA), entendemos que _____ (NOMBRE DEL NIÑO) tiene _____ (ESPECIFIQUE EL PROBLEMA DE SALUD), lo cual puede causar que necesite beneficios del Programa de Asistencia para Adopción en el futuro. Aunque no hay necesidad de asistencia actualmente, yo/nosotros entendemos que una vez que se complete la adopción, si yo/nosotros no podemos cubrir las necesidades del niño en cuanto a esta condición médica que ya es conocida, o su impedimento físico, mental, emocional, u otra condición médica, yo/nosotros podemos pedir beneficios del Programa de Asistencia para Adopción.

FIRMA DEL PADRE ADOPTIVO	FECHA	FIRMA DE LA MADRE ADOPTIVA	FECHA
FIRMA DEL/LA REPRESENTANTE DE LA AGENCIA		FECHA	

ADOPTION ASSISTANCE AGREEMENT

Complete Section I or II as appropriate

DISTRIBUTION:
Original — *Adoptive Applicants*
Copy — *Agency File*

SECTION I

This is (check one): ☐ an initial agreement or ☐ an amendment to the agreement dated _____ (DATE OF INITIAL AGREEMENT).

I/we, _____ (NAME OF PARENT) and _____ (NAME OF PARENT), have entered into an agreement with the _____ (NAME OF AGENCY) for adoption assistance for _____ (NAME OF CHILD).

Under the terms of this agreement, Adoptions Assistance Program eligibility is expected to continue from _____ (DATE OF INITIAL ADOPTION DECREE) until _____ (EXPECTED ENDING DATE OF ELIGIBILITY NOT DATE OF NEXT RECERTIFICATION).

I/we understand that adoption assistance payments of $ _____ per month are now being authorized effective _____ (BEGINNING DATE OF PAYMENT OR DATE OF CHANGE) until _____ (NEXT RECERTIFICATION DATE) and that _____ (COUNTY WELFARE DEPARTMENT) will send us a form for the recertification of this agreement between 60 and 70 days prior to that date.

I/we understand that failure to complete the recertification information form may result in the delay of continued Adoption Assistance Program benefits.

I/we understand that, with my/our concurrence, the adoption agency may increase or decrease the amount of adoption assistance benefits as my/our circumstances or the needs of the child change.

I/we agree to keep the _____ (NAME OF CHILD'S AGENCY) informed of my/our place of residence and current address until termination of adoption assistance.

I/we agree to keep the _____ (NAME OF CHILD'S AGENCY) informed of any changes in my/our financial circumstances or the needs of the child that might affect the adoption assistance payment until termination of this agreement.

I/we understand that continuation of adoption assistance payments depends upon my/our legal responsibility for the support of the child and of continued receipt of that support by the child.

I/we understand that this agreement shall remain in effect regardless of the state of which I/we are residents.

I/we understand that under the terms of this agreement the child is eligible for services under Titles XIX (Medi-Cal) and XX (Social Services) of the Social Security Act.

I/we understand that state law prohibits the payment of an adoption assistance benefit which exceeds the amount which would have been paid for the child in foster care. I/we agree that if foster care rates are reduced to an amount less than that specified by this agreement, the amount of adoption assistance benefits will be reduced to the amount which would have been paid for the child in foster care.

I/we understand that the child will not be eligible to receive Adoption Assistance Program benefits after he/she reaches the age of 18 years unless he/she has mental or physical handicap which warrants continuation of payment to the age of 21 years.

CONFIRMATION OF ADOPTION ASSISTANCE PROGRAM CRITERIA. (Check One) ☐ Age ☐ Sibling Group Member ☐ Minority Ethnicity ☐ Health Problem		ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE
AGENCY REPRESENTATIVE SIGNATURE	DATE	ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE

SECTION II

I/we, _____ (ADOPTIVE PARENT) and _____ (ADOPTIVE PARENT), understand that _____ (NAME OF CHILD) has _____ (SPECIFY HEALTH PROBLEM) which may result in a future need for Adoption Assistance Program benefits. Although assistance is not needed at this time, I/we understand that, after completion of the adoption, if I/we are unable to meet the child's need related to this known medical condition, or physical, mental, emotional handicap or other health condition, I/we may request Adoption Assistance Program benefits.

ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE	ADOPTIVE PARENT SIGNATURE	DATE
AGENCY REPRESENTATIVE SIGNATURE		DATE	