Jacob A., et al. v. Los Angeles County DCFS, et al.

La Courte Superior, Estado de California, Condado de Los Angeles
Case No. BC390627

FORMA DE PRUEBA DE ELEGIBILIDAD

El Departamento de Servicios para Niños y Familias del Condado de Los Angeles no tiene suficiente información para determinar si ustedes son elegibles como Miembros de Clase para el proposito de recibir pago monetario acerca de este demanda.

PARA DECIDIR SI USTED ES ELEGIBLE PARA RECIBIR EL DINERO DE ESTA DEMANDA, USTED DEBE COMPLETAR, FIRMAR Y MANDAR POR CORREO ESTE DOCUMENTO HACIA EL 7 DE SEPTIEMBRE DE 2009 A:

Department of Children and Family Services
Attention: Monica Biernat, SCSW
Adoption and Permanency Resources Division
3530 Wilshire Blvd., 4th Floor
Los Angeles, California 90010
(213)351-0228

ESTO QUIERE DECIR QUE LA MARCA DEL CORREO EN EL SOBRE DEBE DE SER EL 7 DE SEPTIEMBRE 2009 O CUAL QUIER DIA ANTES DEL 7 DE SEPTIEMBRE 2009.

A. IDENTIFICACIÓN DE DEMANDANTE

NOMBRE(S) DE LOS PADRE(S) ADOPTIVOS/EN EL PROCESO DE ADOPCIÓN:

_____

DIRECCIÓN:_____

CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:_____

NUMERO DE TELÉFONO: ( ) _____

CELULAR/NUMERO DE TELÉFONO DEL TRABAJO: ( ) _____

B. INFORMACIÓN ACERCA DEL NIÑO DE AGENCIA DUAL

Un niño de agencia dual es un niño que 1) fue adoptado del cuidado de crianza o un niño colocado por adopción en su casa de crianza y 2) un consumidor /cliente del Centro Regional debido a tener discapacidades del desarrollo.

Al mejor de su conocimiento, por favor proporcione la siguiente información. Si Usted no sabe la fecha exactamente, puede proveer su mejor aproximación de la fecha y diga que este es la fecha "aproximada":

Nombre de nacimiento del niño: _____

Nombre adoptivo del niño,
si es diferente : _____

Fecha en cual los documentos de colocación adoptiva
fueron firmados con DCFS : _____

Fecha en cual la adopción finalizó : _____
(Indica "n/a" si todavía no ha finalizado)

Fecha en cual el niño : _____
hizo un consumidor /cliente del Centro Regional

Por favor adjunte copias de cualquier documento (por ejemplo: cartas, ordenes del Tribunal, documentos del centro regional, declaraciones escritas de la gente con conocimiento) o apoyo de estos declaraciones a esta Forma De Prueba De Elegibilidad cuando la mande al Departamento de Servicios para Niños y Familias.

C. INFORMACIÓN SOBRE LOS PAGOS de AAP QUE NO PROPORCIONAR ON BAJO LA TARIFA DE ARM EN CUALQUIER MOMENTO DESDE EL 12 DE MAYO, 2005 HASTA EL PRESENTE.

Yo no fui proveído con pagos de AAP en la tarifa de ARM– el pago más alto asciende para niños que tienen la discapacidades del desarrollo -- para mi niño adoptado o adoptivamente colocado desde _____ (fecha) hasta _____(fecha).

Por favor adjunte copias de cualquier documento (por ejemplo: cartas, ordenes del Tribunal, documentos del centro regional, declaraciones escritas de la gente con conocimiento) o apoyo de estos declaraciones a esta Forma De Prueba De Elegibilidad cuando le manada al Departamento de Servicios para Niños y Familias.

D. PREGUNTAS SOBRE ESTA FORMA DE PRUEBA DE ELEGIBILIDAD

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta Forma De Prueba De Elegibilidad o como submitirla correctamente, por favor póngase en contacto con:

CONSEJEROS DE CLASE

Brian Capra, Esq.
Public Counsel
610 South Ardmore Avenue
Los Angeles, California 90005
Phone: (213) 385-2977

Cynthia Billey, Esq.
Alliance for Children's Rights
3333 Wilshire Blvd., Suite 550
Los Angeles, California 90010
Phone: (213) 368-6010

E. ACUERDO CON LA DEMANDA Y FIRMA

Yo recibí el Aviso De Litigio Pendiente De Acción De Clase Acuerdo Propuesto y Audiencia ("Aviso"). Yo presento esta Forma De Prueba De Elegibilidad bajo los términos de la Solución Propuesta descrito en aquel aviso.

Presentando esta forma, estoy de acuerdo que una copia de ella y cualquier documentación de apoyo, se proporcionarán a los Consejeros de Clase

Firmado este_____dia de_____, 2009.

_____
Firma

Nombre (letra de molde):_____
Appellido Primer Nombre Segundo Nombre