|  |
| --- |
| **DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**  Division of Safety and Permanence |

**Anticipo de Notificación de Finalización de Tutela Subsidiada a los 18**

ADVANCE NOTICE OF TERMINATION OF SUBSIDIZED GUARDIANSHIP AT AGE 18

**Uso del formulario:** Este formulario es voluntario y se usa para obtener la información de la escuela secundaria a los fines de determinar que se continúa calificando para Subsidized Guardianship después de que el menor cumple los 18 años de edad. La información que identifica a la persona en este formulario se usa para verificar la información necesaria para proporcionar los beneficios y sólo se usará para este fin.

**PARA PODER DETERMINAR SI SU HIJO CALIFICA PARA SUBSIDIZED GUARDIANSHIP DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS, COMPLETE Y**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENTREGUE ESTE FORMULARIO ANTES DE LA FECHA DE VENCIMIENTO:** |  | (mm/dd/aaaa) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Proporcione el nombre y la dirección del tutor abajo: | | | | | | | | | Fecha de hoy: | | | | | |  | | | | (mm/dd/aaaa) | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | **INFORMACIÓN DEL NIÑO** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Nombre: | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | Fecha de nacimiento: | | | | | | |  | | | | (mm/dd/aaaa) | |
|  | | | | | | | | Fecha en la que cumple 18: | | | | | | | | |  | | (mm/dd/aaaa) | |
|  | | | | | | | | Número de ID del caso: | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la escuela secundaria a la que asiste su hijo: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha en el que se espera que se gradúe de la secundaria: | | | | | | |  | | | (mm/dd/aaaa) | | | | | | | | | | |
| **Sí** | **No** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | ¿Su hijo estará en la escuela secundaria, un programa educativo alternativo o un programa GED de tiempo completo después de los 18? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | ¿Apoyará a su hijo después de los 18? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | ¿Su hijo está casado? | Si la respuesta es “Sí”, fecha de matrimonio: | | | | | | | | |  | | | | | | (mm/dd/aaaa) | | |
|  |  | ¿Su hijo ha ingresado al servicio militar? | | Fecha de ingreso al servicio militar: | | | | | | | | | | |  | | | (mm/dd/aaaa) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA QUE UN MENOR CALIFIQUE PARA SUBSIDIZED GUARDIANSHIP DESPUÉS DE LOS 18?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Su hijo debe cumplir con **TODAS** las condiciones siguientes para calificar para el pago de Subsidized Guardianship y Medical Assistance después de los 18: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Su hijo está asistiendo a la escuela secundaria, un programa educativo alternativo o un programa GED de tiempo completo después de los 18. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Usted está manteniendo a su hijo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Su hijo no está casado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Su hijo no está en el servicio militar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Los beneficios de Subsidized Guardianship (pagos y Medical Assistance) continuarán hasta el mes de la graduación de la escuela secundaria o hasta la edad de 19 años, lo que ocurra primero. **Recibirá una notificación de la decisión sobre si califica para Subsidized Guardianship dentro de los 30 días de la fecha en la que usted entregue este formulario. Si no recibe esta notificación dentro de los 30 días, llame a la línea gratuita (866) 666-5532.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **RAZONES POR LAS QUE SU HIJO QUIZÁ NO CALIFIQUE PARA SUBSIDIZED GUARDIANSHIP DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Los beneficios de **Subsidized Guardianship** (pagos y **Medical Assistance**) se terminarán, si se aplica **CUALQUIERA** de las siguientes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Su hijo no asistirá a la escuela secundaria, un programa educativo alternativo o un programa GED de tiempo completo después de los 18. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Usted no está manteniendo a su hijo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Su hijo está casado. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Su hijo se ha enlistado en el servicio militar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La información que figura arriba es verdadera y completa a mi leal saber y entender. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | | | | | |
|  | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | | | | | |
| **FIRMA** – Tutor | | | | |  | Fecha de la firma | | | | | | |  | Teléfono (día) | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HAGA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SUS REGISTROS PERSONALES.** | | | |
|  | | | |
| **Envíe este formulario por fax o correo a:** Adoption Assistance  DCF/DSP – Suite 101  P.O. Box 8916  Madison, WI 53708-8916  Teléfono: (866) 666-5532  Fax: (608) 264-6750 | | | |
|  | | | |
| **FOR OFFICE USE ONLY:** | | | |
| First Notice | Second Notice | Provider ID Number: |  |
|  |  |  |  |