**Revisión de elegibilidad y aviso de cambio de circunstancias   
de Kinship Care (Cuidados por pariente)**

**KINSHIP CARE REVIEW OF ELIGIBILITY AND NOTICE OF CHANGE OF CIRCUMSTANCE**

**Uso del formulario:** Este formulario debe ser completado por el cuidador de familiar y será utilizado   
por el personal de la agencia de Kinship Care (Cuidados por pariente) para determinar la continuidad de la elegibilidad en la reevalución anual o cuando se ha producido un cambio de circunstancia. Esta solicitud de confirmación de elegibilidad continua es obligatoria de acuerdo con la s. 48.57, Wis. Stats. y Ch. DCF 58.10, Admin. Code para cumplir con la elegibilidad continua para recibir pagos por Kinship Care (Cuidados por pariente). La información personal provista puede ser utilizada para fines secundarios [s. 15.04(1)(m),   
Wis. Stats.].

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del menor (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | Nombre del proveedor de Kinship Care (Cuidados por pariente) | | |
| Dirección del proveedor de Kinship Care (Cuidados por pariente) (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | | | | | |
| Teléfono del proveedor de Kinship Care (Cuidados por pariente) | | | | Correo electrónico del proveedor de Kinship Care (Cuidados por pariente) | | | | |
| ¿Le ocurrió algo de lo siguiente **desde su última revisión de Kinship Care (Cuidados por pariente)**? Si la respuesta es "Sí", indique la fecha del cambio y la información de respaldo solicitada si corresponde. | | | | | | | | |
|  | **Sí** | **No** | **Cambio en las circunstancias** | | **Información de respaldo solicitada – Documentación del Proveedor de Kinship Care (Cuidados por pariente)** | | | |
| 1a |  |  | ¿Desea revocar el pago de Kinship Care (Cuidados por pariente) para este menor? | | Si la respuesta es "Sí", escriba la fecha de terminación:    Explique el motivo: | | | |
| 1b |  |  | ¿Los padres del menor residieron en su hogar por más de 30 días? | | Si la respuesta es "Sí", explique las circunstancias:    ¿El padre o la madre es menor de edad o recibe servicios para adultos?    Fecha en que comenzó a vivir en el hogar: | | | |
| 1c |  |  | ¿Sigue el menor residiendo con usted? | | Si la respuesta es "No", explique las circunstancias:    Fecha en que abandonó el hogar: | | | |
| 1d |  |  | ¿El menor comenzó a recibir ingreso suplementario del seguro social por motivos de discapacidad (SSDI)? | | Fecha en que comenzaron los pagos: | | | |
| 1e |  |  | ¿El menor se graduó, casó o ingresó al servicio militar? | | Si la respuesta es "Sí", describa: | | | |
| 2a |  |  | ¿**Algún** adulto en su vivienda tuvo cambios en sus antecedentes penales (arresto nuevo, condena o evaluación de CPS)? | | Si la respuesta es “Sí”, explique:    Nombre del adulto y relación con el menor:    Descripción de los nuevos hallazgos, arrestos o condenas por abuso infantil: | | | |
| 2b |  |  | ¿Ha cambiado la dirección de su familia? | | Si la respuesta es "Sí", escriba la nueva dirección (calle, ciudad, estado, código postal)    Fecha de la mudanza: | | | |
| 2c |  |  | ¿Se mudó a su hogar algún adulto o menor nuevo? | | Si la respuesta es "Sí", escriba los nombres de los nuevos miembros del hogar:    Fecha en que se mudaron: | | | |
| 2d |  |  | ¿Se produjo algún otro cambio en su hogar (no mencionado más arriba)? | | Si la respuesta es "Sí", describa: | | | |
|  |  | | | | | | | |
| Como proveedor(es) de Kinship Care (Cuidados por pariente), usted(es) es (son) responsable(s) de notificar a la  agencia o departamento cualquier cambio en las circunstancias indicadas anteriormente, mientras duren los cuidados familiares. Este formulario se puede utilizar para notificar a la agencia o al departamento cualquier cambio en las circunstancias que se presente entre las revisiones anuales, según se requiera en la s. 48.57, Wis. Stats. y Ch. DCF 58.10, Admin. Code.  Este formulario debe ser devuelto a       antes del       o el pago de Kinship Care (Cuidados por pariente) podría ser cancelado. Comuníquese con       para programar una visita al hogar o si tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario.  Analice las preocupaciones que tenga sobre nuevos arrestos o condenas con su coordinador de Kinship Care (Cuidados por pariente). La agencia de Kinship Care (Cuidados por pariente) hará su determinación de elegibilidad según diversos factores: detalles de la condena, la seguridad actual del menor y si el hogar del cuidador sigue siendo lo mejor para el menor. Si hay algún cambio en su elegibilidad para Kinship Care (Cuidados por pariente), usted tiene derecho a apelar  y dichos derechos e instrucciones se incluirán en su aviso de terminación de pago.  Si actualmente recibe pagos de Kinship Care (Cuidados por pariente) y envía una solicitud de apelación dentro de los  10 días a partir de la fecha del aviso, sus pagos continuarán hasta que se emita una decisión sobre la apelación. Cualquier pago emitido durante el proceso de tramitación de la apelación puede ser recuperado por la agencia Kinship  si se confirma la determinación de la agencia*.* | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  |
| Firma de cuidador de pariente | | | | | | |  | Fecha |