**Aviso de Terminación de Cuidados por Pariente**

NOTIFICATION OF KINSHIP CARE TERMINATION

**Uso del formulario:** Este formulario se utiliza para notificar a los familiares participantes en Kinship Care (Cuidados por pariente) la terminación de los pagos por el menor bajo sus cuidados. La información personal de identificación entregada en este formulario se utilizará exclusivamente con el fin de verificar los datos necesarios para la entrega de beneficios.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha actual | | | N.º de identificación de caso | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL MENOR** | | | | | | | |
| Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Fecha de nacimiento | | | Fecha en la que cumple 18 años |
| **INFORMACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR** | | | | | | | |
|  | Cuidador 1 | | | | | | |
|  | Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de teléfono (hogar/celular) | | |
|  | Correo electrónico | | | | | | |
|  | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | | | |
|  | Cuidador 2 | | | | | | |
|  | Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de teléfono (hogar/celular) | | |
|  | Correo electrónico | | | | | | |
|  | Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | | | |
| **AVISO** | | | | | | | |
| Este aviso es para informarle que el pago mensual de Kinship Care (cuidados por pariente) puede ser cancelado a partir del       debido a uno o varios de los siguientes motivos: | | | | | | | |
| El menor ya no necesita protección ni servicios. [Ch. DCF 58.07] | | | | | | | |
| El cuidador familiar ha solicitado la terminación de Kinship Care (cuidados por pariente). [Ch. DCF 58.04 (1)] | | | | | | | |
| El cuidador familiar ya no es elegible para Kinship Care (cuidados por pariente) a largo plazo. [s. 48.57(3n)(am), Estatutos y Ch. DCF 58.04] | | | | | | | |
| El cuidador familiar, otro residente adulto o un empleado tiene una condena cuyo delito es excluyente para Kinship Care (cuidados por pariente). [Ch. DCF 58.04 (5) y Ch. DCF 58.05 (6)] | | | | | | | |
| El cuidador familiar/grupo familiar ya no es lo más conveniente para el menor. [Ch. DCF 58.08(4)]  Describa: | | | | | | | |
| El cuidador familiar recibe pagos de Cuidados de crianza o Tutela subsidiada por el menor. [Ch. DCF 58.04(3)] | | | | | | | |
| El menor recibe seguridad de ingresos suplementarios debido a su discapacidad. [Ch. DCF 58.04(3)(b)] | | | | | | | |
| El menor cumplió 18 años y ya no es un estudiante a tiempo completo en una escuela secundaria o escuela vocacional o técnica. [Ch. DCF 58.04(2)(h)] | | | | | | | |
| El menor:  Ya no vive con usted. [Ch. DCF 58.04(4)]  Se casó. [Ch. DCF 58.10(1)(a)6.]  Ingresó al servicio militar. [Ch. DCF 58.10(1)(a)7.]  Falleció. [Ch. DCF 58.10(1)(a)8.] | | | | | | | |
| Los padres del menor se mudaron a su hogar. (Ch. DCF 58.10(1)(a)(12) & (2)(b)] | | | | | | | |
| Se ha determinado que el menor ya no recibe sustento del cuidador familiar o ya no vive en su hogar. [Ch. DCF 58.10] | | | | | | | |
| El padre ha revocado su aprobación del arreglo de alojamiento (solo para colocaciones sin tutela). [Ch. DCF 58.06)(6)(b)] | | | | | | | |
| El menor fue removido de su hogar por una agencia del condado, una agencia tribal u otra agencia gubernamental y fue colocado bajo cuidados fuera del hogar. [Ch. DCF 58.10(1)(a)(13)] | | | | | | | |
| El familiar de Kinship Care (cuidados por pariente) no cooperó con los siguientes requisitos de la agencia:  Revisión anual. [Ch. DCF 58.10(3)]  Licencia de cuidado de crianza (solo para Kinship ordenado por la Corte). [Ch. DCF 58.04(1)(b)]  Otro. Describa: | | | | | | | |
| Comuníquese con       si tiene alguna pregunta sobre la información de este formulario. | | | | | | | |
| **PROCESO DE APELACIÓN** | | | | | | | |
| **Solicitud de revisión del director** | | | | | | | |
| Nombre del director de la agencia de Kinship Care (cuidados por pariente) / de la persona designada por la tribu | | | | | | | |
| Dirección postal del director de la agencia de Kinship Care (cuidados por pariente) / de la persona designada por la tribu | | | | | | | |
| Si se niegan o cancelan los pagos de Kinship Care (cuidados por pariente) **con base en una verificación de antecedentes penales**, tiene derecho a solicitar una revisión por parte del director de la agencia de kinship care (cuidados por pariente) según la s. 48.57, los Estatutos y el Ch. DCF 58.11(1), Admin. Code.   * **La solicitud se debe presentar por escrito y se debe recibir en un plazo no mayor a 45 días a partir de la fecha de este aviso.** * Se debe enviar por escrito la solicitud de revisión al director de la agencia o a la persona designada por la tribu. [Ch. DCF. 58.02(11)] * La solicitud debe incluir un resumen del asunto por el que solicita una revisión y el motivo de su solicitud. | | | | | | | |
| Si actualmente recibe pagos de Kinship Care (Cuidados por pariente) y envía una solicitud de revisión dentro de los 10 días a partir de la fecha del aviso, sus pagos continuarán hasta que se emita una decisión sobre la revisión. Cualquier pago emitido durante el proceso de revisión puede ser recuperado por la agencia de kinship care (cuidados por pariente) si se confirma la determinación de la agencia. | | | | | | | |
| **SOLICITUD DE AUDIENCIA** | | | | | | | |
| Es posible que tenga derecho a solicitar una audiencia según la s. 48.57, Stats. y el Ch. DCF 58.11(2), Admin. Code.   * **Debe enviar** su solicitud de apelación **directo a la Division of Hearings and Appeals (División de Audiencias y Apelaciones)**. * Se debe recibir su solicitud de apelación **en un plazo no mayor a cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha de este aviso**. * La solicitud debe incluir una breve explicación de su desacuerdo y el motivo de su solicitud de apelación. * Adjunte una copia de este aviso a su solicitud de audiencia. | | | | | | | |
| Para enviar su solicitud de audiencia administrativa, según el Ch. DCF 58.11(2), Admin. Code: | | | | | | | |
| ***Envíe su solicitud por correo postal  de los EE. UU.:***  Division of Hearings and Appeals  P.O. Box 7875  Madison, WI 53707-7875 | | ***Entregue su solicitud de manera personal:***  Division of Hearings and Appeals  4822 Madison Yards Way  Madison, WI 53705 | | | | ***Envíe su solicitud por fax:***  Division of Hearings and Appeals  (608) 264-9885 | |
| Si actualmente recibe pagos de Kinship Care (Cuidados por pariente) y envía una solicitud de audiencia dentro del plazo de 10 días a partir de la fecha del aviso, sus pagos continuarán hasta que se emita una decisión sobre la audiencia. Cualquier pago emitido durante el proceso de tramitación de la audiencia puede ser recuperado por la agencia de kinship care (cuidados por pariente) si se confirma la determinación de la agencia. | | | | | | | |