**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

Division of Safety and Permanence

**Solicitud de pagos de Kinship Care (Cuidados por pariente)**

KINSHIP CARE PAYMENT APPLICATION

**Uso del formulario:** El uso de este formulario es obligatorio; completar el formulario se ajusta al requisito de la s.48.57(3m) de los Wisconsin Statutes y el Ch. DCF 58.04 Admin. Code. La información de identificación personal recopilada en este formulario es confidencial y solo se utilizará para fines de identificación y determinación de elegibilidad para un pago. La información personal que entregue puede utilizarse para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. Proveer su Número de Seguro Social (SSN) es voluntario; sin embargo, no proveer este dato resultará en la demora del procesamiento de su información y posiblemente afecte la determinación de elegibilidad.

**AVISO:** Este formulario se debe completar de la manera más exacta posible. Tergiversar la relación del solicitante con el menor, o proveer información falsa sobre el menor, los padres del menor, el solicitante o de los miembros del grupo familiar del solicitante dará lugar a la denegación de la subvención de kinship.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. MENOR BAJO LOS CUIDADOS DEL PROVEEDOR QUE SOLICITA KINSHIP CARE (CUIDADOS POR PARIENTE)** | | | | | | | | | |
| **Nombre – Menor 1** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Fecha de nacimiento | | | Número de Seguro Social o fecha de solicitud | | |
| Sí  No ¿El menor recibe Ingresos del Seguro Social (SSI) **propios**? | | | | | | | Último grado completado | | |
| Si la respuesta es “Sí”, el menor no es elegible para el pago de Kinship Care (Cuidados por pariente). | | | | | | |  | | |
| Sí  No Ciudadano de los EE. UU. | Si el menor no es ciudadano de los  EE. UU., indique su estatus: | | | | | | Nombre de la escuela | | |
| Sí  No ¿Tiene la tutela de este menor? | | | Tipo de tutela:  s. 48.977 Wis. Stats.  s. 48.9795 Wis. Stats (incluye Ch. 54)  Otra, por favor describa: | | | | | | |
| Origen étnico (marque al menos una casilla, puede marcar hasta tres) | | | | | | |  | | |
| Blanco  Asiático | | | | | | | | | |
| Negro / Afroamericano  Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | | | | | | | | | |
| Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Otro | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿El menor tiene seguro médico? | | | | | En caso afirmativo, indique:  Badgercare+    Seguro médico privado | | | | |
| Relación con el cuidador | | | | | Fecha en que comenzó a vivir con el cuidador | | | | |
| Indique por qué el menor no puede vivir con sus padres: | | | | | | | | | |
| **Nombre – Padre 1** del menor familiar | | Número de Seguro Social | | | | Fecha de nacimiento | | | Número de teléfono – Hogar |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | | Estado | | Código postal | |

|  |  |
| --- | --- |
| Origen étnico / Grupo racial (marque uno)  Negro (de origen no hispano)  Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Blanco  Asiático o Isleño del Pacífico  (incluye origen Indígena del subcontinente)  Hispano (Mexicano, puertorriqueño o de otra cultura de origen español) | Estado civil  Casado  Nunca antes  casado  Separado  No sabe  Divorciado |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Tiene empleo?  Sí  No | | Nombre – Empleador | |
| Dirección – Empleador (calle, ciudad, estado, código postal) | | | Número de teléfono |
| Salarios devengados  $ | Frecuencia de pago del salario  Semanal  Quincenal  2 veces al mes  Mensual  Otro – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |
| --- |
| Ingreso no salarial  Seguro de desempleo – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SSI – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jubilación del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Seguro de Incapacidad del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beneficios para veteranos – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Otro ingreso – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre – Padre 2** del menor familiar | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | | Número de teléfono – Hogar |
| Dirección – Calle | Ciudad | Estado | Código postal | |

|  |  |
| --- | --- |
| Origen étnico / Grupo racial (marque uno)  Negro (de origen no hispano)  Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Blanco  Asiático o Isleño del Pacífico  (incluye origen Indígena del subcontinente)  Hispano (Mexicano, puertorriqueño o de otra cultura de origen español) | Estado civil  Casado  Nunca antes  casado  Separado  No sabe  Divorciado |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ¿Tiene empleo?  Sí  No | | Nombre – Empleador | |
| Dirección – Empleador (calle, ciudad, estado, código postal) | | | Número de teléfono |
| Salarios devengados  $ | Frecuencia de pago del salario  Semanal  Quincenal  2 veces al mes  Mensual  Otro – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |
| --- |
| Ingreso no salarial  Seguro de desempleo – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SSI – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jubilación del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Seguro de Incapacidad del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beneficios para veteranos – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Otro ingreso – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre – Menor 2** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | Fecha de nacimiento | | | Número de Seguro Social o fecha de solicitud | | | | |
| Sí  No ¿El menor recibe Ingresos del Seguro Social (SSI) **propios**? | | | | | | | | | Último grado completado | | | | |
| Si la respuesta es “Sí”, el menor no es elegible para el pago de Kinship Care (Cuidados por pariente). | | | | | | | | |  | | | | |
| Sí  No Ciudadano de los EE. UU. | | | Si el menor no es ciudadano de los  EE. UU., indique su estatus: | | | | | | Nombre de la escuela | | | | |
| Sí  No ¿Tiene la tutela de este menor? | | | | | Tipo de tutela:  s. 48.977 Wis. Stats.  s. 48.9795 o Ch. 54  Otra, por favor describa: | | | | | | | | |
| Origen étnico (marque al menos una casilla, puede marcar hasta tres) | | | | | | | | |  | | | | |
| Blanco  Asiático | | | | | | | | | | | | | |
| Negro / Afroamericano  Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | | | | | | | | | | | | | |
| Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Otro | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿El menor tiene seguro médico? | | | | | | | En caso afirmativo, indique:  Badgercare+  Seguro médico privado | | | | | | |
| Relación con el cuidador | | | | | | | Fecha en que comenzó a vivir con el cuidador | | | | | | |
| Indique por qué el menor no puede vivir con sus padres: | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre – Padre 1** del menor familiar | | | | Número de Seguro Social | | | | Fecha de nacimiento | | | | Número de teléfono – Hogar | |
| Dirección – Calle | | | | Ciudad | | | | Estado | | | Código postal | | |
| Origen étnico / Grupo racial (marque uno)  Negro (de origen no hispano)  Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Blanco  Asiático o Isleño del Pacífico  (incluye origen Indígena del subcontinente)  Hispano (Mexicano, puertorriqueño o de otra cultura de origen español) | | | | | | | | | | Estado civil  Casado  Nunca antes  casado  Separado  No sabe  Divorciado | | | |
| ¿Tiene empleo?  Sí  No | | Nombre – Empleador | | | | | | | | | | | |
| Dirección – Empleador (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono |
| Salarios devengados  $ | Frecuencia de pago del salario  Semanal  Quincenal  2 veces al mes  Mensual  Otro – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Ingreso no salarial  Seguro de desempleo – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SSI – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jubilación del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Seguro de Incapacidad del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beneficios para veteranos – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Otro ingreso – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre – Padre 2** del menor familiar | | | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | Número de teléfono – Hogar | |
| Dirección – Calle | | | Ciudad | Estado | Código postal | |
| Origen étnico / Grupo racial (marque uno)  Negro (de origen no hispano)  Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Blanco  Asiático o Isleño del Pacífico  (incluye origen Indígena del subcontinente)  Hispano (Mexicano, puertorriqueño o de otra cultura de origen español) | | | | | Estado civil  Casado  Nunca antes  casado  Separado  No sabe  Divorciado | |
| ¿Tiene empleo?  Sí  No | | Nombre – Empleador | | | | |
| Dirección – Empleador (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | | | Número de teléfono |
| Salarios devengados  $ | Frecuencia de pago del salario  Semanal  Quincenal  2 veces al mes  Mensual  Otro – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |

|  |
| --- |
| Ingreso no salarial  Seguro de desempleo – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SSI – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jubilación del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Seguro de Incapacidad del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beneficios para veteranos – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Otro ingreso – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. CUIDADOR(ES) FAMILIAR(ES)**  **DCF Ch. 58.02(2)** "Familiar" se refiere a un adulto ya sea padrastro, madrastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, cuñado, cuñada, primo hermano, primo en segundo grado, sobrino, sobrina, tía, tío, tío no consanguíneo, tía no consanguínea, o cualquier persona de una generación precedente, ya sea por consanguinidad, matrimonio o adopción legal, o el cónyuge de cualquier persona nombrada en esta subsección, incluso si el matrimonio se termina por muerte o divorcio. | | | | |
| **CUIDADOR 1** Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | Número de Seguro Social | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | |
| Número de teléfono – Hogar | Número de teléfono – Trabajo | | | Número de teléfono – Celular |
| Dirección de correo electrónico | | Número de licencia de conducir y estado donde se emitió la licencia | | |
| Sí  No ¿Es familiar del menor?  En caso afirmativo, marque la casilla que corresponda a continuación: | | Marque la casilla para indicar la línea familiar que está relacionada con  el menor  Materna  Paterna | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Padrastro/Madrastra | Hermano | Hermana | Hermanastra |
| Hermanastro | Medio hermano | Media hermana | Cuñado |
| Cuñada | Primo | Primo en segundo grado | Sobrino |
| Sobrina | Tía | Tío | Tío no consanguíneo |
| Tía no consanguínea | Abuelo | Abuela | Bisabuelo |
| Bisabuela | Tío abuelo | Tía abuela | Tía bisabuela |
| Tío bisabuelo | Tatarabuelo | Tío tatarabuelo no consanguíneo | Tía tatarabuela no consanguínea |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección actual – Calle | | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal |
| Distrito escolar de la residencia del cuidador | | | | | | | | | |
| Dirección postal si es diferente a la indicada arriba | | | | | | | | | |
| Direcciones anteriores durante los últimos 5 años (incluso fuera del estado o país) | | | | | | | | | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |
| Información demográfica del cuidador familiar solicitante | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | Género  Masculino  Femenino | | Número de Seguro Social | | | Sí  No Hispano/a o latino/a | | | |
| Origen étnico (marque al menos una casilla, puede marcar hasta tres) | | | | | | Sí  No ¿Es ciudadano de los EE. UU.? | | | |
| Blanco  Asiático | | | | | |  | | | |
| Negro / Afroamericano  Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | | | | | |  | | | |
| Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Otro | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar de nacimiento | Peso | Estatura | Color de cabello | Color de ojos |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Estado civil | | | | | | | | | |
| Soltero/a – nunca antes casado/a  Divorciado/a | | | | | | | | | |
| Casado/a – viviendo juntos  Viudo/a | | | | | | | | | |
| Casado/a - pero separado/a | | | | | | | | | |
| Nivel educacional | | | | | | | | | |
|  |  |  | Ingrese el nivel educacional más alto que haya alcanzado. | | | | | | |
|  | | | 01 a 11 | Grado completado en la escuela primaria/intermedia. Ingrese el último grado completado. | | | | | |
|  | | | 12 | Diploma de escuela secundaria, GED o Programa Nacional de Diploma Externo | | | | | |
|  | | | 13 | Grado de asociado otorgado | | | | | |
|  | | | 14 | Grado de licenciatura otorgado | | | | | |
|  | | | 15 | Título de posgrado otorgado (maestría o superior) | | | | | |
|  | | | 16 | Otras credenciales (título, certificado, diploma, etc.) | | | | | |
|  | | | 98 | Sin educación formal | | | | | |
| Situación laboral actual  Empleado/a  Desempleado/a  No participa en la fuerza laboral (no busca trabajo, jubilado/a, discapacitado/a, etc.) | | | | | | | | | |
| **CUIDADOR 2** Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | | Número de Seguro Social | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | |
| Número de teléfono – Hogar | | | | | Número de teléfono – Trabajo | | | | Número de teléfono – Celular |
| Dirección de correo electrónico | | | | | | Número de licencia de conducir y estado | | | |
| Sí  No ¿Es familiar del menor?  En caso afirmativo, marque la casilla que corresponda a continuación: | | | | | | | Marque la casilla para indicar la línea familiar del menor  Materna  Paterna | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Padrastro/Madrastra | Hermano | Hermana | Hermanastra |
| Hermanastro | Medio hermano | Media hermana | Cuñado |
| Cuñada | Primo | Primo en segundo grado | Sobrino |
| Sobrina | Tía | Tío | Tío no consanguíneo |
| Tía no consanguínea | Abuelo | Abuela | Bisabuelo |
| Bisabuela | Tío abuelo | Tía abuela | Tía bisabuela |
| Tío bisabuelo |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dirección actual – Calle | | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal | |
| Dirección postal si es diferente a la indicada arriba | | | | | | | | | | |
| Direcciones anteriores durante los últimos 5 años (incluso fuera del estado o país) | | | | | | | | | | |
| Dirección – Calle | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal | |
| Información demográfica del cuidador familiar solicitante | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento | Género  Masculino  Femenino | Número de Seguro Social | | | Sí  No Hispano/a o latino/a | | | | | |
| Origen étnico (marque al menos una casilla, puede marcar hasta tres) | | | | | Sí  No ¿Es ciudadano de los  EE. UU.? | | | | | |
| Blanco  Asiático | | | | |  | | | | | |
| Negro / Afroamericano  Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | | | | |  | | | | | |
| Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Otro | | | | |  | | | | | |
| Estado civil | | | | | | | | | | |
| Soltero/a – nunca antes casado/a  Divorciado/a | | | | | | | | | | |
| Casado/a – viviendo juntos  Viudo/a | | | | | | | | | | |
| Casado/a - pero separado/a | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar de nacimiento | Peso | Estatura | Color de cabello | Color de ojos |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nivel educacional | | | | |
|  |  |  | Ingrese el nivel educacional más alto que haya alcanzado | |
|  | | | 01 a 11 | Grado completado en la escuela primaria/intermedia. Ingrese el último grado completado. |
|  | | | 12 | Diploma de escuela secundaria, GED o Programa Nacional de Diploma Externo |
|  | | | 13 | Grado de asociado otorgado |
|  | | | 14 | Grado de licenciatura otorgado |
|  | | | 15 | Título de posgrado otorgado (maestría o superior) |
|  | | | 16 | Otras credenciales (título, certificado, diploma, etc.) |
|  | | | 98 | Sin educación formal |
| Situación laboral actual  Empleado/a  Desempleado/a  No participa en la fuerza laboral (no busca trabajo, jubilado/a, discapacitado/a, etc.) | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. OTROS ADULTOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR** | | | | | | | | | | | |
| 1. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de Seguro Social | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | |
| Relación con el cuidador familiar | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | |
| 2. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de Seguro Social | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | |
| Relación con el cuidador familiar | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | |
| 3. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de Seguro Social | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | |
| Relación con el cuidador familiar | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | |
| 4. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de Seguro Social | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | |
| Relación con el cuidador familiar | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | |
| 5. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | Número de Seguro Social | | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Relación con el cuidador familiar | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | |
| Descripción | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **IV. OTROS MENORES MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR** | | | | | | | | | | | |
| 1. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | | |
| Relación con el cuidador familiar | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | | |
| 2. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | | |
| Relación con el cuidador familiar | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | | |
| 3. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | | |
| Relación con el cuidador familiar | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | | |
| 4. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | | |
| Relación con el cuidador familiar | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | | |
| 5. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | | |
| Relación con el cuidador familiar | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | | |
| Descripción | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **V. EMPLEADOS DEL CUIDADOR FAMILIAR QUE TENDRÍAN CONTACTO REGULAR CON EL MENOR** | | | | | | | | | | | |
| 1. Nombre | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | | Número de teléfono – Hogar | | | | |
| Dirección – Calle | | | | Ciudad | | | | Estado | | Código postal | | |
| Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | | | | | |
| 2. Nombre | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | | Número de teléfono – Hogar | | | | |
| Dirección – Calle | | | | Ciudad | | | | Estado | | Código postal | | |
| Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | | | | | |
| 3. Nombre | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | | | Número de teléfono – Hogar | | | | |
| Dirección – Calle | | | | Ciudad | | | | Estado | | Código postal | | |
| Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **VI. REFERENCIA DE KINSHIP CARE (CUIDADOS POR PARIENTE) PARA LOS SERVICIOS DE MANUTENCIÓN DE MENORES – DCF 58.04(2)(e)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESTADO ACTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE LOS PADRES DEL MENOR** | | | |
| Estado civil  Casados  Divorciados  Separados con orden de la Corte  Nunca antes casados  No sabe  Separados sin orden de la Corte | | | |
| Fecha – Si alguna vez contrajeron matrimonio (mm/dd/aaaa) | | Lugar donde contrajeron matrimonio (ciudad, estado) | |
| ¿Cuentan con una orden de manutención de menores vigente?  Sí  No  No sabe | | Monto de manutención de menores (si corresponde)  $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | La manutención de menores está siendo pagada  Sí – Regularmente  No  Sí – Regularmente  No sabe |
| Paternidad establecida  Sí  No  No sabe | ¿Quién es el responsable del caso?        El condado        El estado        La tribu | | ¿Hay una orden de asistencia médica vigente?  Sí  No  No sabe |
| ¿El menor recibe asistencia médica (MA)?  Sí  No  No sabe En caso afirmativo, indique el número de MA (si lo conoce) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |
| --- |
| VII. AVISO SOBRE EL MOTIVO JUSTIFICADO PARA KINSHIP CARE (CUIDADOS POR PARIENTE) – DCF 58.12(2) |
| **Su cooperación en el proceso de recuperación de la manutención de menores significa que posiblemente deba hacer una o más de las siguientes acciones:** |
| 1. Indicar el nombre de los padres de cualquier menor incluido en su solicitud para Kinship Care (Cuidados por pariente) y proveer información para ayudar a encontrar a los padres.  2. Ayudar a recuperar el dinero adeudado a los menores que reciben Kinship Care (Cuidados por pariente).  3. Ayudar a recuperar cualquier otro dinero o propiedad que se adeude a cualquier menor incluido en su solicitud de Kinship Care (Cuidados por pariente).  4. Informar a la agencia de Bienestar de Menores cualquier manutención de menores ordenada por la corte o voluntaria que haya sido pagada directamente a usted por el/los padre/s sin custodia.  5. Es posible que tenga que acudir a la agencia de Bienestar de Menores o la agencia de manutención infantil para firmar los documentos necesarios o entregar la información requerida. |
| **Su cooperación para recuperar la manutención de menores es importante porque ayudaría a los menores bajo su cuidado en su derecho a:** |
| 1. Saber quiénes son los padres legalmente reconocidos del menor.  2. Recibir apoyo emocional y económico de ambos padres.  3. Recibir beneficios del Seguro Social, pensión y derechos sucesorios de ambos padres.  4. Recibir la asistencia médica adecuada y los antecedentes médicos familiares de ambos padres. |
| A pesar de estos posibles beneficios, usted podría tener razones para no cooperar. Esa razón se denomina “motivo justificado”. Si cree que cooperar le causaría a usted o el/los menor/es bajo su cuidado un daño físico o emocional grave o tal vez crearía otras situaciones perjudiciales, le podrían conceder el “motivo justificado” ahora o en cualquier momento en el futuro. Si aduce “motivo justificado”, debe entregar pruebas que demuestren por qué no debe requerirse su cooperación.  Si desea aducir “motivo justificado” para no cooperar, complete la sección que se encuentra más adelante en este formulario.  Si desea aducir “motivo justificado” para no cooperar, pero la agencia de Bienestar de Menores no aprueba su petición, no será elegible para Kinship Care (Cuidados por pariente) a menos que comience a cooperar. Si no está de acuerdo con la denegación del "motivo justificado", es posible que pueda apelar la decisión. El trabajador que determine la elegibilidad de Kinship Care (Cuidados por pariente) podrá entregarle más información. |

**Deje esta sección en blanco si no aducirá Motivo justificado**

|  |
| --- |
| **VIII. AVISO SOBRE PRESENTACIÓN DE MOTIVO JUSTIFICADO PARA KINSHIP CARE (CUIDADOS POR PARIENTE) – DCF 58.12** |
| **Negación a prestar cooperación para que el/los menor/es obtenga/n manutención de menores y/o manutención médica** |
| Las siguientes son circunstancias bajo las cuales la agencia de Bienestar de Menores del condado o tribal puede conceder el “motivo justificado” para no cooperar:  1. Su cooperación podría resultar en daño físico o emocional para el menor bajo su cuidado.  2. Su cooperación podría resultar en un daño físico o emocional para usted, cuya gravedad reduce su capacidad para cuidar al menor de manera adecuada.  3. El menor bajo su cuidado nació como resultado de incesto o agresión sexual. |
| Si aduce “motivo justificado” por una de las razones anteriores, debe entregar pruebas que respalden su petición. A partir de la fecha en que presenta el “motivo justificado”, tiene 20 días para entregar las pruebas a la agencia de Bienestar de Menores. Se puede aprobar un mayor plazo por razones excepcionales. A continuación se presentan ejemplos de los tipos de pruebas que puede utilizar para respaldar un “motivo justificado”.  1. Actas de nacimiento o registros médicos o policiales que indiquen que el menor fue concebido como resultado de incesto o agresión sexual.  2. Registros judiciales, médicos, penales, de los servicios de protección de menores, servicios sociales, psicológicos o policiales que indiquen que el padre presunto o ausente podría causarle daño físico o emocional a usted o al menor.  3. Expedientes médicos que contengan su historial de salud emocional o del menor y el estado de salud actual o declaraciones escritas de un profesional de la salud mental que indiquen un diagnóstico o prognosis sobre la salud emocional de usted o del menor.  4. Una declaración jurada de personas, incluidos amigos, vecinos, clérigos, trabajadores sociales y profesionales médicos que puedan tener conocimiento de las circunstancias que ayudarían a respaldar su petición.  5. Cualquier otra prueba que sirva como respaldo o corroboración. |
| Si no tiene pruebas que respalden su temor a sufrir daños físicos, es posible que aún se pueda determinar el “motivo justificado” después de una investigación. La agencia puede decidir realizar una investigación sobre cualquier petición de motivo justificado. Es posible que deba entregar información para colaborar con la investigación. El/los padre/s ausente/s no será/n contactado/s sin antes avisarle/s.  La agencia de Bienestar de Menores debe decidir dentro de un plazo de 45 días si tiene un “motivo justificado” basándose en evidencias.  Los pagos de Kinship Care (Cuidados por pariente) no se pueden denegar, retrasar, reducir o interrumpir hasta que se llegue a una determinación sobre el "motivo justificado".  Se le notificará inmediatamente la determinación de “motivo justificado” de la agencia. Si se determina que no tiene “motivo justificado”, tendrá 10 días para retirar la petición y cooperar, retirar su solicitud o solicitar que se cierre su caso, excluir a las personas autorizadas de la solicitud o caso, o solicitar cualquier apelación admisible. |
| Si se determina que efectivamente tiene un “motivo justificado” para no cooperar, se notificará la decisión a la agencia de manutención de menores y se le indicará que:  1. No tome más medidas para establecer la paternidad, cobrar la manutención de menores o perseguir a terceros que puedan ser responsables de la asistencia médica; o  2. Intente establecer la paternidad, cobrar la manutención de menores o perseguir a terceros que puedan ser responsables de la asistencia médica sin su cooperación, siempre que esto no signifique un riesgo para usted o el menor. |
| Debe firmar esta petición oficial de “motivo justificado” en presencia del trabajador de la agencia, en caso contrario, debe certificar su firma ante notario. Entregue este aviso a la agencia en persona o envíelo por correo registrado o certificado.  Si la prueba presentada no es suficiente, la agencia de Kinship Care (Cuidados por pariente) le indicará que se necesitan más pruebas. La agencia le proveerá ayuda razonable para obtener las pruebas necesarias. |
| Certifico que mi petición de “motivo justificado” se basa en hechos reales de acuerdo a mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa resultará en la denegación de esta petición. Recibí una copia de esta petición. Por la presente aduzco “motivo justificado” por las siguientes razones: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **FIRMA** – Cuidador familiar / Solicitante |  | Fecha de firma |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Nombre – Agencia de Bienestar de Menores |  | Fecha de firma |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **VIV. CONFIRMACIÓN** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Yo, el Cuidador abajo firmante, doy fe de lo siguiente: | | | | | |
| * Ni yo ni ningún otro adulto del grupo familiar que vive en el hogar ni algún empleado que tenga contacto regular con el menor familiar identificado en esta solicitud, tiene arrestos o condenas que afectarían de manera negativa al menor familiar o mi capacidad para cuidar al menor familiar identificado en esta solicitud. | | | | | |
| * Doy fe de que el/los menor/es reside/n en mi hogar. | | | | | |
| * Doy fe de que soy familiar de los menores de acuerdo con la Ch.58.02(20). | | | | | |
| * En la medida de lo posible, ayudaré a la agencia de manutención de menores a encontrar a los padres del menor familiar identificado anteriormente o he presentado una petición de Motivo Justificado. | | | | | |
| * Cooperaré con la agencia en el proceso de solicitud, la redeterminación anual de elegibilidad, incluida la solicitud de cualquier otro programa de asistencia financiera para los que el menor familiar identificado anteriormente pueda ser elegible. | | | | | |
| * Entiendo que los fondos de Kinship Care (Cuidados por pariente) que reciba no se pueden utilizar para compras en ninguna licorería; en ningún tipo de casino, casino de juegos al azar o establecimiento de apuestas; o cualquier establecimiento minorista que ofrezca entretenimiento para adultos en el que hayan artistas que se desnuden o actúen sin ropa para diversión de los clientes. | | | | | |
| * Notificaré a la agencia dentro del plazo de cinco (días) a partir de la ocurrencia de cualquiera de las siguientes situaciones: | | | | | |
| * + El ingreso de cualquier otro adulto a residir en mi hogar y, de manera anticipada, la contratación de cualquier persona que vaya a tener contacto regular con el menor familiar individualizado en esta solicitud. | | | | | |
| * El menor y yo nos mudamos a una nueva residencia. | | | |
| * Yo, o un futuro empleado, empleado actual, futuro adulto residente en mi hogar o residente actual somos objeto de una investigación o de un hallazgo final comprobado de abuso o negligencia infantil. | | | |
| * El menor tiene un nuevo cuidador. | | | |
| * El menor ya no vive conmigo. | | | |
| * El menor se casa. | | | |
| * El menor ingresa al servicio miliar. | | | |
| * El menor fallece. | | | |
| * El menor se gradúa, completa o se retira de un programa educacional K-12 o su equivalente a tiempo completo, y tiene 18 años de edad. | | | |
| * El joven ya no cuenta con un Programa de educación individualizado (IEP) vigente según la s. 115.787, Stats., ya tiene 18 años de edad. | | | |
| * Ya no estoy apoyando al menor. | | | |
| * Uno de los padres del menor reside con el menor y conmigo. | | | |
| * El menor ha sido colocado fuera de mi hogar bajo una orden judicial, un acuerdo de colocación voluntaria conforme con la s. 48.63, Stats., o un acuerdo voluntario de transición a vida independiente. | | | |
| * El menor está colocado en mi hogar con una orden judicial o un acuerdo de colocación voluntaria o un acuerdo voluntario de transición a vida independiente. | | | |
| * Me pondré en contacto con la agencia antes o en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que el menor familiar, por quien se realiza el pago de Kinship Care (Cuidados por pariente), deje mi hogar. | | | |
| Si alguien distinto del solicitante ha ayudado a completar este formulario, mediante su firma a continuación, usted reconoce que ha presentado la información exactamente como lo indica el solicitante. | | | | | |
| **FIRMA** – Persona distinta al solicitante que ayudó a completar el formulario | | Relación con solicitante(s) | | Fecha de firma | | |
| Doy fe de que la información entregada arriba es exacta a mi leal saber y entender. | | | | | | | |
| **FIRMA** – Cuidador 1 | | | Fecha de firma | | | | |
| **FIRMA** – Cuidador 2 | | | Fecha de firma | | | | |
| **FIRMA** – Cuidador 3 | | | Fecha de firma | | | | |