**Aviso Anticipado de Terminación de la Adoption Assistance (Asistencia por adopción)**

advance notice of termination of adoption assistance

**Uso del formulario:** este formulario es voluntario y se utiliza para recopilar información de la escuela secundaria con el fin de determinar la continuidad de la elegibilidad para la Adoption Assistance (Asistencia por adopción) después de que un hijo cumple 18 años. La información personal que proporcione puede utilizarse con fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)m), Wisconsin Statutes].

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARA DETERMINAR SI SU HIJO ES ELEGIBLE PARA RECIBIR BENEFICIOS DE ADOPTION ASSISTANCE (ASISTENCIA POR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADOPCIÓN) DESPUÉS DE CUMPLIR 18 AÑOS, COMPLETE Y ENVÍE ESTE FORMULARIO ANTES DEL** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | (MM/DD/AAAA) |
|  | | | | | | | | | **Fecha de hoy:** | | | | | | | |  | | | (MM/DD/AAAA) |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | **Información del menor:** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | Nombre: | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | Fecha de nacimiento: | | | | | | | |  | | | (MM/DD/AAAA) |
|  | | | | | | | | | 18.o cumpleaños: | | | | | | | |  | | | (MM/DD/AAAA) |
|  | | | | | | | | | Número de identificación del caso: | | | | | | | |  | | | |
| Nombre de la escuela secundaria del menor: | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Mes/año previsto de graduación de la escuela secundaria: | | | | | |  | | | | | (MM/AAAA) | | | | | | | | | | |
| Sí | No | | ¿Se matriculará su hijo en un programa de educación secundaria/programa GED a tiempo completo luego de cumplir 18 años? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | | ¿Mantendrá económicamente a su hijo luego de que cumpla 18 años? | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí | No | | ¿Su hijo está casado? | | Fecha de casamiento: | | | | |  | | | | (MM/DD/AAAA) | | | | | | | |
| Sí | No | | ¿Su hijo ha ingresado en el servicio militar? | | | | | Fecha de enrolamiento en el servicio militar: | | | | | | |  | | | | (MM/DD/AAAA) | | |
| **REQUISITOS PARA QUE UN MENOR SEA ELEGIBLE PARA RECIBIR ADOPTION ASSISTANCE (ASISTENCIA POR ADOPCIÓN) DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS:**  Su hijo debe cumplir **TODAS** las siguientes condiciones para ser elegible para continuar recibiendo los beneficios de Adoption Assistance (Asistencia por adopción) (pago o asistencia médica) después de cumplir 18 años:   1. Su hijo asistirá a la escuela secundaria o una institución vocacional o técnica equivalente a tiempo completo después de cumplir 18 años. 2. Usted mantiene económicamente a su hijo. 3. Su hijo no está casado. 4. Su hijo no debe estar enrolado en el servicio militar.   Si se cumplen **TODOS** los criterios anteriores, la elegibilidad para la Adoption Assistance (Asistencia por adopción) terminará el mes en que su hijo se gradúe de la escuela secundaria o cumpla 19 años, lo que ocurra primero. Si su Adoption Assistance (Asistencia por adopción) incluye un subsidio mensual, el último pago del subsidio se recibirá ese mes.  Si **NO** se cumple **NINGUNO** de los dos primeros criterios, la elegibilidad para la Adoption Assistance (Asistencia por adopción) finalizará el mes en que su hijo cumpla 18 años. Si su Adoption Assistance (Asistencia por adopción) incluye un subsidio mensual, el último pago del subsidio se recibirá el mes en el que su hijo cumpla 18 años.  Si su hijo está casado o se ha enrolado en el servicio militar, la elegibilidad para la Adoption Assistance (Asistencia por adopción), incluido el pago del subsidio si corresponde, finaliza el mes en que contrajo matrimonio o se enroló.  **Para los residentes de Wisconsin**, la asistencia médica continuará durante un periodo adicional de tres meses después de que finalice la elegibilidad para la Adoption Assistance (Asistencia por adopción) (ya sea al cumplir 18 años, 19 años, la fecha de graduación o el mes en que contrajo matrimonio o se enroló).  **Recibirá un aviso de la decisión sobre la elegibilidad de su hijo para la Adoption Assistance (Asistencia por adopción) dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que envíe este formulario. Si no recibe un aviso dentro de los 30 días, llame a la línea gratuita de Adoption Assistance (Asistencia por adopción): 1 (866) 666-5532.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Certifico que la información provista anteriormente es verdadera y completa a mi leal saber y entender. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | |
| **FIRMA**—Padre o madre | | | | | | |  | | Fecha de la firma (MM/DD/AAAA) | | | | | | |  | | Número de teléfono durante el día | | |
| **HAGA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SU REGISTRO PERSONAL.** Envíe este formulario a: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Por correo: | | Adoption Assistance Accountant  DCF / DSP / BPOHC  P.O. Box 8916  Madison, WI 53708-8916 | | | | | | | Por fax: | | | (608) 422-7170 | | | | | | | | |
| Correo electrónico: | | | DCFAdoptionAssistance@wisconsin.gov | | | | | | | | |