**Declaración de Buen Motivo**

GOOD CAUSE CLAIM

La información personal que usted proporcione puede usarse para otros propósitos [Privacy Law, S. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Este formulario será utilizado para determinar buen motivo bajo Wis Admin Code s. DCF 102.06.

**Su seguridad es nuestra prioridad. Si le preocupa su seguridad o la de sus hijos, comuníquelo a su agencia o al asistente social.**

El objetivo de este formulario es que nos cuente su situación y cómo le impide trabajar con la Agencia de Manutención de los Hijos.

La agencia Wisconsin Works (W-2), BadgerCare Plus, Medicaid o Child Care puede decidir que usted tiene un buen motivo en las siguientes situaciones:

1. Trabajar con la Agencia de Manutención de los Hijos podría causar daños físicos o emocionales a su hijo, incluido el secuestro de menores;
2. Trabajar con la Agencia de Manutención de los Hijos podría causarle daños físicos o emocionales, incluido el maltrato intrafamiliar;
3. Trabajar con el Agencia de Manutención de los Hijos le dificultaría escapar del maltrato intrafamiliar o correría el riesgo de sufrirlo más;
4. Se ha presentado a un tribunal una petición para la adopción de su hijo;
5. Usted está colaborando con una agencia para ayudarle a decidir si dará a su hijo en adopción;
6. Su hijo nació como resultado de incesto o violación sexual.

**INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Si desea alegar un buen motivo por uno de los motivos enumerados anteriormente, tendrá que facilitar a la agencia la información que apoye su alegación en el plazo de 20 días, contados a partir de la fecha en que les devuelva este formulario. La agencia puede darle más tiempo si se le dificulta obtener esta información.

Los siguientes son ejemplos de elementos que puede utilizar para respaldar su solicitud:

1. Declaración firmada por alguien que tenga conocimiento de los hechos, incluido, pero no limitado a amigo, vecino, integrante del clero, trabajador social o profesional médico;
2. Declaración escrita de un organismo público o privado que confirme que le está ayudando a decidir si dar a su hijo en adopción;
3. Acta judiciales u otros que muestren que se ha presentado una petición para la adopción del hijo;
4. Historia clínica o declaraciones escritas de un profesional de la salud mental sobre el historial de salud emocional, el estado de salud emocional actual o el resultado previsto de salud del padre o del hijo;
5. Antecedentes judiciales, médicos, penales, de servicios de protección de menores, de servicios sociales, psicológicos o policiales que indiquen que el otro progenitor podría infligirle daños físicos o emocionales a usted o a su hijo;
6. Certificados de nacimiento, registros médicos o policiales que demuestren que el niño fue concebido como resultado de incesto o agresión sexual;
7. Cualquier otra información que respalde su reclamo.

Si la información que suministra no basta para decidir si tiene un buen motivo, la agencia Wisconsin Works (W-2), BadgerCare Plus, Medicaid o Child Care le dirá qué otra información necesita darles y puede ayudarle a conseguirla, si es necesario.

Si no tiene documentación que respalde su solicitud, es posible que la agencia decida si usted tiene un buen motivo después de revisar su reclamo. La agencia puede decidir investigar más a fondo cualquier declaración de buen motivo, y puede que requiera su ayuda en el proceso de revisión.

**La seguridad de usted y de su(s) hijo(s) es nuestra prioridad. La agencia no se pondrá en contacto con el otro progenitor bajo ninguna circunstancia hasta que se haya tomado una decisión sobre su declaración de buen motivo.**

**DECISIóN**

La agencia de W-2, servicios humanos y sociales del condado o de la tribu **decidirá en el plazo de 45** **días** si tiene un buen motivo con base en la información que ha facilitado y se pondrá en contacto con usted para comunicarle su decisión inmediatamente.

Los servicios de W-2, Caretaker Supplement, Wisconsin Shares Child Care, BadgerCare Plus o Medicaid no se pueden negar, retrasarse, reducirse ni interrumpirse mientras se decide sobre un buen motivo.

Si la agencia decide que usted tiene un "buen motivo" para no cooperar, le informará a la Agencia de Manutención de los Hijos sobre la decisión y le ordenará:

1. No tomes ninguna otra acción para decidir la paternidad, cobrar la manutención de los hijos o cobrar la manutención médica de terceros que puedan ser legalmente responsables de la manutención médica; o
2. Intentar decidir la paternidad, cobrar la manutención de los hijos o cobrar la manutención médica de terceros que puedan ser legalmente responsables de la manutención médica sin su cooperación, SOLAMENTE si esto se puede hacer sin riesgo para usted o su(s) hijo(s).

Si la agencia decide que usted no tiene ninguno "buen motivo" para no cooperar con la manutención de los hijos, dispone de 10 días, contados a partir del día de la comunicación de la decisión para:

* retirar su declaración de buen motivo y comenzar a cooperar con la manutención de los hijos;;
* retirar su solicitud al programa o pedir que se cierre su caso;
* solicitar una revisión de la decisión de la agencia.

**PRÓXIMOS PASOS**

1. Devuelva este formulario a la agencia en persona, por correo o cargado en ACCESS para que se tome una decisión sobre el buen motivo.
2. A continuación, reúna la información necesaria para demostrar la existencia de un buen motivo. Tiene 20 días, contados a partir de la fecha en que devuelve este formulario, para suministrar esta información a la agencia de W-2, agencia de servicios humanos y sociales del condado o de la tribu.

**Certifico que, según mi saber, mi reclamación por buen motivo se basa en hechos.**

|  |  |
| --- | --- |
| Entiendo que si doy información falsa esta reclamación se rechazará. Por este documento argumento que tengo “buen motivo” por las siguientes razones: | |
|  | |
| Nombre del participante en letra de molde | |
| Firma del participante (o ID de Interacción de la firma telefónica solo para W-2) | Fecha de la firma |
| **FOR OFFICE USE ONLY** – W-2, County or Tribal Human/Social Services Agency Name | |
| **SIGNATURE** – Agency Representative | Date Signed |

Original: Case Record Copy: Child Support Agency Copy: Participant

# RETAIN COMPLETED FORM IN CASE RECORD