**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

Division of Safety and Permanence

**Notificación de Decisión sobre Estado de Elegibilidad de Asistencia para la Adopción**

Notice of Decision on Adoption Assistance Eligibility Status

**Uso del formulario:** Este formulario se usa para notificar a los padres adoptivos sobre la elegibilidad de su hijo a Asistencia para la Adopción cuando el menor cumple los 18 o 19 años de edad. La información que identifica a la persona en este formulario se usa para verificar la información necesaria para proporcionar los beneficios y sólo se usará para este fin.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Proporcione el nombre y la dirección de los padres adoptivos abajo: | | | | | | | | | | | | | | Fecha de hoy: | | | | |  | | | | | | | (mm/dd/aaaa) | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | **Información del menor** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | Nombre: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | Fecha de nacimiento: | | | | | | |  | | | | | (mm/dd/aaaa) | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | Fecha en la que cumple 18: | | | | | | | | |  | | | | | (mm/dd/aaaa) | | |
|  | | | | | | | | | | | | | Número de ID del caso: | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | Número de ID de Proveedor: | | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En base a la información que proporcionó, la elegibilidad de su hijo para la continuación de la asistencia para la adopción se indica abajo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | I. | Adoption Assistance (pago y/o Medical Assistance) terminarán en el mes en el que su hijo cumpla 18 años. Su último | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | pago será en | | |  | | | | . Su hijo se graduó de la secundaria en | | | | | | | | |  | | | | | . | | | | | | |
|  |  |  | | | (mm/ aaaa) | | | |  | | | | | | | | | (mm/aaaa) | | | | |  | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | II. | Adoption Assistance (pago y/o Medical Assistance) terminarán | | | | | | | | | | | | |  | | | | | en el mes de graduación de su hijo | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | (mm/aaaa) | | | | |  | | | | | | | | | |
|  |  | de la escuela secundaria. Su último pago será en | | | | | | | | | |  | | | | | . | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | (mm/aaaa) | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | III. | Adoption Assistance (pago y/o Medical Assistance) terminarán en el mes en el que su hijo cumpla 19 años. Su último | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | pago será en | |  | | | | . Para que continúe la Asistencia para la Adopción después de los 19 años, su hijo debe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | (mm/aaaa) | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | cumplir con los requisitos adicionales de elegibilidad indicados en la carta adjunta. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | IV. | Se ha aprobado que los beneficios de Adoption Assistance (pagos y/o Medical Assistance) para su hijo continúen después de los 19 años. Los beneficios terminarán **ya sea** el mes de graduación de la escuela secundaria **o** a los 21 años, **lo que ocurra primero:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | | , el mes / año de graduación de su hijo de la escuela secundaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | | , el mes / año en que su hijo cumple 21 años | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | V. | **No** se ha aprobado que los beneficios de Adoption Assistance (pagos y/o Medical Assistance) para su hijo continúen después | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | de los 19 años. La Asistencia para la Adopción terminará en el mes en el que su hijo cumpla 19 años. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | . |
|  |  | Su último pago será en | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Razón: Su hijo no ha cumplido con todos los requisitos para una extensión de beneficios. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Proceso de Apelación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si no está de acuerdo con esta determinación, puede solicitar una audiencia por escrito o en persona, dentro de los 45 días de la fecha de esta notificación. Se debe enviar un pedido por escrito a: Division of Hearings and Appeals, P.O. Box 7875, Madison, WI 53707. Las apelaciones pueden entregarse en persona a esa oficina en 5005 University Avenue, Room 201, Madison, WI. Debería incluir una declaración corta sobre el asunto que está apelando y la razón de la apelación. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si la fecha de graduación de su hijo cambia, es su responsabilidad notificar a la división inmediatamente. Para informar la nueva fecha de graduación, envíe una carta por correo o fax al:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | Adoption Assistance  DCF/DSP – Suite 101  P.O. Box 8916  Madison, WI 53708-8916  Fax Number: (608) 422-7170  Teléfono: (866) 666-5532 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FOR OFFICE USE ONLY | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Benefits:  Payment and MA  MA Only | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DCF-F-CFS2418-E-S (R. 10/2013) (T. 10/2013)