**Solicitud de información para determinar la elegibilidad continua de la tutela subsidiada**

subsidized guardianship request for information to determine continued eligibility

**Uso del formulario:** Esta solicitud de confirmación de elegibilidad continua es obligatoria de acuerdo con Wis. Stat. § 48.623(4) y Wis. Admin. Code § DCF 55.10(2)(a)-(c) para determinar si el menor y los tutores que reciben pagos subsidiados por tutela siguen siendo elegibles para seguir recibiendo dichos pagos. La información personal que provea puede ser utilizada para propósitos secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Esta solicitud de confirmación de elegibilidad continua es para:

**Una revisión anual:** Este es el  **1.er aviso**  **Se ha enviado el 2.º aviso.** Este formulario debe devolverse a       antes de la fecha de revisión anual       o se suspenderá el pago de la tutela subsidiada hasta que se devuelva   
el formulario.

**Un cambio en las circunstancias del menor o de sus tutores:** Este formulario debe devolverse a      .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo del menor | | | | | | Fecha de nacimiento del menor (mm/dd/aaaa) | | | |
| Nombre completo del tutor 1 | | | | | Nombre completo del tutor 2 | | | | |
| Dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | | | | | | |
| Como tutor que recibe pagos subsidiados por tutela, usted es responsable de informar a la agencia o al departamento en un plazo de 10 días calendario cuando se produzca un cambio en las circunstancias que se enumeran a continuación. ¿En el último año ha ocurrido alguna de las siguientes circunstancias? Si la respuesta es “Sí”, indique la fecha en que ocurrió y provea la información de respaldo solicitada. | | | | | | | | | |
| **Sí** | **No** | **Cambio en las circunstancias** | **Fecha del cambio** | **Información de respaldo solicitada – Documentación  del tutor** | | | | | |
|  |  | ¿Ha cambiado su dirección? |  | Nueva dirección (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | | |
|  |  | ¿Ha habido algún cambio de tutor del menor? |  | Nombre del nuevo tutor | | | | | |
|  |  |  |  | Dirección del nuevo tutor (calle, ciudad, estado,  código postal) | | | | | |
|  |  |  |  | Número de teléfono del nuevo tutor | | | | | |
|  |  |  |  | Nombre del tribunal de circuito o tribunal tribal que nombró al nuevo tutor. | | | | | |
|  |  | ¿El menor ha ingresado  en el servicio militar? |  |  | | | | | |
|  |  | ¿El menor se ha casado? |  |  | | | | | |
|  |  | ¿El menor ha dejado de vivir con usted? |  |  | | | | | |
|  |  | ¿El menor asiste a un programa educacional K-12 o su equivalente a tiempo completo? |  |  | | | | | |
|  |  | ¿Ha dejado de mantener  al menor? |  |  | | | | | |
|  |  | ¿Ha finalizado su responsabilidad legal respecto al menor? |  |  | | | | | |
|  |  | ¿Alguna agencia gubernamental o tribunal ha colocado al menor fuera de su hogar? |  |  | | | | | |
|  |  | ¿Los padres del menor residen en su hogar? |  | Si la respuesta es “Sí”, ¿los padres del menor son menores de edad o están sujetos a una orden de servicios de protección para adultos o de colocación por protección?  Sí  No | | | | | |
|  |  | ¿Ha habido algún cambio en los beneficios del seguro médico comercial o privado del menor? Esto puede incluir la obtención, el cambio o la pérdida de cobertura. Si la respuesta es “Sí”, siga las instrucciones de la derecha para informar este cambio. |  | Si actualmente reside en Wisconsin, comuníquese con Servicios para Miembros de ForwardHealth al 1-800-362-3002 para informar un cambio en los beneficios del seguro médico de su hijo.  Si actualmente reside fuera de Wisconsin y su hijo recibe Medicaid en el estado en el que reside, comuníquese con el programa Medicaid de ese estado para informar un cambio en los beneficios del seguro médico de su hijo. Puede utilizar esta base de datos para encontrar un contacto para el programa Medicaid de su estado: <https://www.cms.gov/about-cms/contact/database>. Elija “State Medical Assistance Office” (Oficina estatal de asistencia médica) como Tipo de organización y seleccione el estado correcto. | | | | | |
|  |  | ¿El menor ha muerto? |  |  | | | | | |
|  |  | ¿Desea nombrar o cambiar a la persona que figura como futuro tutor sucesor en su acuerdo de tutela subsidiada? |  | Nombre completo de los futuros tutores sucesores | | | | | |
|  |  |  |  | Dirección de los futuros tutores sucesores (calle, ciudad, estado, código postal) | | | | | |
|  |  |  |  | Número de teléfono de los futuros tutores sucesores | | | | | |
|  |  | ¿Desea terminar el acuerdo de tutela subsidiada para este menor? |  | Si la respuesta es sí, indique la fecha efectiva de terminación deseada: | | | | | |
| Su acuerdo de tutela subsidiada, que incluye un pago mensual y la cobertura de cuidado de crianza de Medicaid del menor puede continuar hasta el mes de la graduación de la escuela secundaria del menor (o programa equivalente) o cuando el menor cumpla 19 años, lo que ocurra primero. Seis meses antes de que el menor cumpla los 18 años, recibirá un aviso sobre la posibilidad de que el menor siga siendo elegible para la tutela subsidiada después de los 18 años.  Si el menor o los tutores ya no son elegibles para recibir pagos de tutela subsidiados debido a un cambio en las circunstancias que afectan a la elegibilidad enumerada anteriormente, los pagos serán interrumpidos. La agencia o departamento informará de la suspensión o terminación de los pagos al menos 30 días antes de la interrupción de estos. | | | | | | | | | |
| La información provista anteriormente es verdadera y completa a mi leal saber y entender. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  |  |  |
| Firma del tutor 1 | | | | | | |  | Fecha de la firma |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
| Firma del tutor 2 | | | | | | |  | Fecha de la firma |  |

**HAGA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SU REGISTRO PERSONAL.**