

DERIVACIÓN A KINSHIP CARE PARA SERVICIOS DE APOYO INFANTIL KINSHIP CARE REFERRAL FOR CHILD SUPPORT SERVICES

Uso del formulario: Este formulario debe ser utilizado por la agencia Kinship Care al hacer una derivación a una agencia de apoyo infantil local cuando se aprueba un pago de Kinship Care según s. 48.57(3m), Leyes de Wisconsin. La información personal que proporcione se podría utilizar para otros fines [Ley de privacidad, s. 15.04(1)(m), Leyes de Wisconsin].

Instrucciones: Complete este formulario con la mayor cantidad de información posible y preséntelo en la agencia de apoyo infantil local.

Nombre - Agencia del condado / tribal

Fecha - Aprobación de pago de Kinship Care

Fecha - Comienzo de pago de Kinship Care

Monto del primer pago (de ser inferior a \$215)

I. CUIDADOR PARIENTE

Nombre - (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre, apellido de soltera)

F. de nac. (mm/dd/aaaa)

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal):

Teléfono

Número de seguro social

Género

Masc.

Fem.

Grupo étnico / racial (Marque uno)

Negro (no de origen hispano)

Indígena americano / Nativo de Alaska

Blanco

Asiático o de las Islas del Pacífico

Hispano (Mexicano, portorriqueño u

(incluye origen del subcontinente indio)

otras culturas hispanas)

II. RELACIÓN ACTUAL DE LOS PADRES DEL MENOR

Estado de la relación

Casados

Divorciados

Separados con orden judicial

Separados sin orden judicial

Nunca casados

Padre fallecido

Madre fallecida

Desconocido

Fecha - Si se casaron alguna vez (mm/dd/aaaa)

Lugar del matrimonio (Ciudad, Estado)

¿La orden de manut. infantil está vigente?

Sí No Desconocido

Monto de la manut. infantil (si se aplica)

\$ _____ por _____

Se paga manutención infantil

Sí - Regularmente No

Sí - Irregularmente Desconocido

Se estableció la paternidad

Sí No Desconocido

Condado / Estado / Tribu de Causa judicial

¿La orden de apoyo médico está vigente?

Sí No Desconocido

¿El niño está recibiendo asistencia médica (MA)?

Sí No Desconocido Si la respuesta es "Sí", proporcione el número de MA (si se conoce) _____

III. PADRE DEL MENOR

Nombre - (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

F. de nac. (mm/dd/aaaa)

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal):

Teléfono

Número de seguro social

Grupo étnico / racial (Marque uno)

Negro (no de origen hispano)

Indígena americano / Nativo de Alaska

Blanco

Asiático o de las Islas del Pacífico

Hispano (Mexicano, portorriqueño u

(incluye origen del subcontinente indio)

otras culturas hispanas)

¿El padre está empleado?

Sí No

Nombre - Empleador

Dirección - Empleador (Calle, ciudad, estado, código postal):

Teléfono

Salario ganado

\$

Salario pagado

Semanal Quincenal 2 x mes Mensual Otro - _____

Ingreso no ganado

Seguro por desempleo - \$ _____ por _____

SSI - \$ _____

Retiro SS - \$ _____ por mes

Seguro por discapacidad SS - \$ _____

Beneficios para veteranos - \$ _____ por mes

Otros ingresos - \$ _____ por _____

IV. MADRE DEL MENOR

Nombre - (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre, apellido de soltera)		F. de nac. (mm/dd/aaaa)
Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal):		Teléfono
Número de seguro social	Grupo étnico / racial (Marque uno) <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano) <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico (incluye origen del subcontinente indio) <input type="checkbox"/> Hispano (Mexicano, portorriqueño u otras culturas hispanas)	
¿La madre está empleada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre - Empleador	
Dirección - Empleador (Calle, ciudad, estado, código postal):		Teléfono
Salario ganado \$	Salario pagado <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 x mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro - _____	
Ingreso no ganado		
<input type="checkbox"/> Seguro por desempleo - \$ _____ por _____		<input type="checkbox"/> SSI - \$ _____
<input type="checkbox"/> Retiro SS - \$ _____ por mes		<input type="checkbox"/> Seguro por discapacidad SS - \$ _____
<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos - \$ _____ por mes		<input type="checkbox"/> Otros ingresos - \$ _____ por _____

V. HIJOS DE EL/LOS PADRE/S DESIGNADOS QUE ACTUALMENTE RECIBE/N BENEFICIOS DE KINSHIP CARE

Enumere sólo los hijos, cuyos dos padres sean los designados en la página anterior. Se debe completar otro formulario para un niño si uno de sus padres no está identificado en la página anterior.

1. Nombre - (Apellido, nombre, inicial del 2 ^{do} nombre, apellido de soltera)		F. de nac. (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grupo étnico / racial (Marque uno) <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano) <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico (incluye origen del subcontinente indio) <input type="checkbox"/> Hispano (Mexicano, portorriqueño u otras culturas hispanas)		
2. Nombre - (Apellido, nombre, inicial del 2 ^{do} nombre, apellido de soltera)		F. de nac. (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grupo étnico / racial (Marque uno) <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano) <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico (incluye origen del subcontinente indio) <input type="checkbox"/> Hispano (Mexicano, portorriqueño u otras culturas hispanas)		
3. Nombre - (Apellido, nombre, inicial del 2 ^{do} nombre, apellido de soltera)		F. de nac. (mm/dd/aaaa)	Número de seguro social
Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grupo étnico / racial (Marque uno) <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano) <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico (incluye origen del subcontinente indio) <input type="checkbox"/> Hispano (Mexicano, portorriqueño u otras culturas hispanas)		

VI. CONFIRMACIÓN

La información precedente es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que en toda acción de manutención infantil, el abogado de la agencia representa al Estado y no me representa a mí.

FIRMA - Cuidador pariente

 Fecha de la firma

 Nombre - Contacto de la Agencia para la Derivación

 Fecha de la firma

 Teléfono