**Solicitud conjunta de Kinship Care (Cuidados por pariente) y Cuidados   
de crianza ordenados por la corte – Parte A**

JOINT COURT ORDERED KINSHIP CARE AND FOSTER CARE APPLICATION - PART A

**Uso del formulario:** El uso de este formulario es obligatorio; completar el formulario se ajusta al requisito de la s.48.57(3m) de los Wisconsin Statutes. Este formulario se debe utilizar en todos los casos de solicitantes de Kinship Care (Cuidados por pariente) ordenados por la corte. La información de identificación personal recopilada en este formulario es confidencial y solo se utilizará para fines de identificación y determinación de elegibilidad para un pago. Proveer su Número de Seguro Social (SSN) es voluntario; sin embargo, no proveerlo podría provocar un retraso en el procesamiento de su información. La información personal que entregue puede utilizarse para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** La Parte A de esta solicitud se completará y entregará a la agencia antes del inicio de los pagos de Kinship Care (Cuidados por pariente). La Parte B de la solicitud de Cuidados de crianza se debe completar dentro de un plazo de 45 días a contar de la fecha de su firma en la Parte A de este formulario. El proceso de solicitud de cuidados de crianza incluye la entrega de la Parte B de esta solicitud completada, reunirse con el personal de la agencia para entrevistas, permitir una inspección física de su hogar y proveer la información requerida para completar las verificaciones de antecedentes. No completar todos los pasos resultará en la terminación del pago según el Ch. DCF 58.08(1)(b). Admin. Code.

Complete la Sección I para cada menor por quien solicite un reembolso de Kinship Care (Cuidados por pariente). La solicitud incluye espacio para dos cuidadores; en caso de que tenga solicitantes adicionales, puede adjuntar secciones adicionales. La agencia también proveerá formularios para las verificaciones de antecedentes exigidas para los programas de Kinship Care (Cuidados por pariente) y Cuidados de crianza. Para obtener más información o ayuda para completar este formulario, comuníquese con la persona que le entregó este formulario.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. MENOR BAJO EL CUIDADO DEL PROVEEDOR (SOLICITUD DE LICENCIA)** | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre – Menor 1** (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | Fecha de nacimiento | | Número de Seguro Social o fecha de solicitud | | **Fecha de Orden de la Corte** | | | Número de caso en eWiSACWIS | | Número de caso de la Corte | | Sí  No ¿El menor recibe Ingresos del Seguro Social (SSI) **propios**? | | | | | Último grado completado | | Si la respuesta es “Sí”, el menor no es elegible para el pago de Kinship Care  (Cuidados por pariente). | | | | |  | | Sí  No Ciudadano de los EE. UU. | Si el menor no es ciudadano de los EE. UU., indique su estatus: | | | | Nombre de la escuela | | Sí  No ¿Tiene la tutela de este menor? | | Tipo de tutela:  s. 48.977 Wis. Stats.  s. 48.9795 Wis. Stats (incluye el Ch. 54)  Otra, por favor describa: | | | | | Origen étnico (marque al menos una casilla, puede marcar hasta tres) | | | | |  | | Blanco  Asiático | | | | | | | Negro / Afroamericano  Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | | | | | | | Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Otro | | | | | | | Sí  No ¿El menor tiene seguro médico? | | | | En caso afirmativo, indique:  Badgercare+  Seguro médico privado | | | Relación con el cuidador | | | | Fecha en que comenzó a vivir con el cuidador | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre – Padre 1** del menor familiar | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | | Número de teléfono – Hogar | | Dirección – Calle | Ciudad | Estado | Código postal | |  |  |  | | --- | --- | | Origen étnico / Grupo racial (marque uno)  Negro (de origen no hispano)  Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Blanco  Asiático o Isleño del Pacífico (incluye origen Indígena del subcontinente)   Hispano (mexicano, puertorriqueño o de otra cultura de origen español) | Estado civil  Casado  Nunca antes casado  Separado  No sabe  Divorciado |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ¿Tiene empleo?  Sí  No | | Nombre – Empleador | | | Dirección – Empleador (calle, ciudad, estado, código postal) | | | Número de teléfono | | Salarios devengados  $ | Frecuencia de pago del salario  Semanal  Quincenal  2 veces al mes  Mensual  Otro – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  | | --- | | Ingreso no salarial  Seguro de desempleo – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SSI – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jubilación del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Seguro de Incapacidad del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beneficios para veteranos – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Otro ingreso – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nombre – Padre 2** del menor familiar | Número de Seguro Social | Fecha de nacimiento | | Número de teléfono – Hogar | | Dirección – Calle | Ciudad | Estado | Código postal | |  |  |  | | --- | --- | | Origen étnico / Grupo racial (marque uno)  Negro (de origen no hispano)  Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Blanco  Asiático o Isleño del Pacífico (incluye origen Indígena del subcontinente)   Hispano (Mexicano, puertorriqueño o de otra cultura de origen español) | Estado civil  Casado  Nunca antes casado  Separado  No sabe  Divorciado |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | ¿Tiene empleo?  Sí  No | | Nombre – Empleador | | | Dirección – Empleador (calle, ciudad, estado, código postal) | | | Número de teléfono | | Salarios devengados  $ | Frecuencia de pago del salario  Semanal  Quincenal  2 veces al mes  Mensual  Otro – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |  |  | | --- | | Ingreso no salarial  Seguro de desempleo – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SSI – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Jubilación del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Seguro de Incapacidad del SS – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beneficios para veteranos – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por mes  Otro ingreso – $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **II. CUIDADOR(ES) FAMILIAR(ES)**  **DCF Ch. 58.02(2)** "Familiar" se refiere a un adulto ya sea padrastro, madrastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, cuñado, cuñada, primo hermano, primo en segundo grado, sobrino, sobrina, tía, tío, tío no consanguíneo, tía no consanguínea, o cualquier persona de una generación precedente, ya sea por consanguinidad, matrimonio o adopción legal, o el cónyuge de cualquier persona nombrada en esta subsección, incluso si el matrimonio se termina por muerte o divorcio. | | | | | | | | | |
| **CUIDADOR 1** Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | Número de Seguro Social | | | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | |
| Número de teléfono – Hogar | | | Número de teléfono – Trabajo | | | Número de teléfono – Celular | | | |
| Dirección de correo electrónico | | | Número de licencia de conducir y estado | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Sí  No ¿Es familiar del menor?  En caso afirmativo, marque la casilla que corresponda a continuación: | Marque la casilla para indicar por cual línea familiar está relacionado con el menor  Materna  Paterna | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Padrastro/Madrastra | Hermano | Hermana | Hermanastra | | Hermanastro | Medio hermano | Media hermana | Cuñado | | Cuñada | Primo | Primo en segundo grado | Sobrino | | Sobrina | Tía | Tío | Tío no consanguíneo | | Tía no consanguínea | Abuelo | Abuela | Bisabuelo | | Bisabuela | Tío abuelo | Tía abuela | Tía bisabuela | | Tío bisabuelo | Tatarabuelo | Tío tatarabuelo no consanguíneo | Tía tatarabuela no consanguínea | | | | | | | | | | |
| Dirección actual – Calle | | | | Ciudad | | | Estado | | Código postal |
| Distrito escolar de la residencia del cuidador | | | | | | | | | |
| Dirección postal si es diferente a la indicada arriba | | | | | | | | | |
| Direcciones anteriores durante los últimos 5 años (incluso fuera del estado o país) | | | | | | | | | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |
| Dirección – Calle | | Ciudad | | | Estado | | | Código postal | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Información demográfica del cuidador | | | |
| Fecha de nacimiento | Género  Masculino   Femenino | Número de Seguro Social | Sí  No  Hispano/a o latino/a |
| Origen étnico (marque al menos una casilla, puede marcar hasta tres) | | | |
| Blanco  Asiático | | | |
| Negro / Afroamericano  Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | | | |
| Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Otro | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar de nacimiento | Peso | Estatura | Color de cabello | Color de ojos |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Estado civil | | | | |
| Soltero/a – nunca antes casado/a  Divorciado/a | | | | |
| Casado/a – viviendo juntos  Viudo/a | | | | |
| Casado/a - pero separado/a | | | | |
| Nivel educacional | | | | |
|  |  |  | Ingrese el nivel educacional más alto que haya alcanzado. | |
|  | | | 01 a 11 | Grado completado en la escuela primaria/intermedia. Ingrese el último grado completado. |
|  | | | 12 | Diploma de escuela secundaria, GED o Programa Nacional de Diploma Externo |
|  | | | 13 | Grado de asociado otorgado |
|  | | | 14 | Grado de licenciatura otorgado |
|  | | | 15 | Título de posgrado otorgado (maestría o superior) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 16 | Otras credenciales (título, certificado, diploma, etc.) | | | | |
|  | | 98 | Sin educación formal | | | | |
| Situación laboral actual  Empleado/a  Desempleado/a  No participa en la fuerza laboral (no busca trabajo, jubilado/a, discapacitado/a, etc.) | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **CUIDADOR 2** Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | Número de Seguro Social | | | | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | | Número de teléfono – Hogar | | | | Número de teléfono – Trabajo | | | | Número de teléfono – Celular | | | | | | Dirección de correo electrónico | | | | Número de licencia de conducir y estado | | | | | | | | | | |  |  | | --- | --- | | Sí  No ¿Es familiar del menor?  En caso afirmativo, marque la casilla que corresponda a continuación: | Marque la casilla para indicar por cual línea familiar está relacionado con el menor  Materna  Paterna | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Padrastro/Madrastra | Hermano | Hermana | Hermanastra | | Hermanastro | Medio hermano | Media hermana | Cuñado | | Cuñada | Primo | Primo en segundo grado | Sobrino | | Sobrina | Tía | Tío | Tío no consanguíneo | | Tía no consanguínea | Abuelo | Abuela | Bisabuelo | | Bisabuela | Tío abuelo | Tía abuela | Tía bisabuela | | Tío bisabuelo | Tatarabuelo | Tío tatarabuelo no consanguíneo | Tía tatarabuela no consanguínea | | | | | | | | | | | | | | | Dirección actual – Calle | | | | | | Ciudad | | | | Estado | | Código postal | | Dirección postal si es diferente a la indicada arriba | | | | | | | | | | | | | | Direcciones anteriores durante los últimos 5 años (incluso fuera del estado o país) | | | | | | | | | | | | | | Dirección – Calle | | | Ciudad | | | | Estado | | | | Código postal | | | Dirección – Calle | | | Ciudad | | | | Estado | | | | Código postal | | | Dirección – Calle | | | Ciudad | | | | Estado | | | | Código postal | | | Dirección – Calle | | | Ciudad | | | | Estado | | | | Código postal | | | Dirección – Calle | | | Ciudad | | | | Estado | | | | Código postal | | | Información demográfica del cuidador | | | | | | | | | | | | | | Fecha de nacimiento | Género  Masculino   Femenino | | | | Número de Seguro Social | | | | Sí  No  Hispano/a o latino/a | | | | | Origen étnico (marque al menos una casilla, puede marcar hasta tres) | | | | | | | | | | | | | | Blanco  Asiático | | | | | | | | | | | | | | Negro / Afroamericano  Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | | | | | | | | | | | | | | Indígena de las Américas / Nativo de Alaska  Otro | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Lugar de nacimiento | Peso | Estatura | Color de cabello | Color de ojos |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Estado civil | | | | | | Soltero/a – nunca antes casado/a  Divorciado/a | | | | | | Casado/a – viviendo juntos  Viudo/a | | | | | | Casado/a – pero separado/a | | | | | | Nivel educacional | | | | | |  |  |  | Ingrese el nivel educacional más alto que haya alcanzado. | | |  | | | 01 a 11 | Grado completado en la escuela primaria/intermedia. Ingrese el último grado completado. | |  | | | 12 | Diploma de escuela secundaria, GED o Programa Nacional de Diploma Externo | |  | | | 13 | Grado de asociado otorgado | |  | | | 14 | Grado de licenciatura otorgado | |  | | | 15 | Título de posgrado otorgado (maestría o superior) | |  | | | 16 | Otras credenciales (título, certificado, diploma, etc.) | |  | | | 98 | Sin educación formal | | Situación laboral actual  Empleado/a  Desempleado/a  No participa en la fuerza laboral (no busca trabajo, jubilado/a, discapacitado/a, etc.) | | | | | | | | | | | | |
| **III. OTROS ADULTOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR** | | | | | | | |
| 1. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Relación con el cuidador familiar | | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | |
| 2. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Relación con el cuidador familiar | | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | |
| 3. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Relación con el cuidador familiar | | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | |
| 4. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Relación con el cuidador familiar | | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | |
| 5. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | Número de Seguro Social | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) |
| Relación con el cuidador familiar | | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | |
| Descripción | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **IV. OTROS MENORES MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR** | | | | | | | |
| 1. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | |
| Relación con el cuidador familiar | | | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | |
| Relación con el cuidador familiar | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | |
| 3. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | |
| Relación con el cuidador familiar | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | |
| 4. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | |
| Relación con el cuidador familiar | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | |
| 5. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | |
| Relación con el cuidador familiar | Sí  No ¿Es residente de Wisconsin?  En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | |
| Descripción | | | | | |
|  | | | | | |
| **V. EMPLEADOS DEL CUIDADOR FAMILIAR QUE TENDRÍAN CONTACTO REGULAR CON EL MENOR** | | | | | | |
| 1. Nombre | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | Número de teléfono – Hogar | |
| Dirección – Calle | | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | |
| 2. Nombre | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | Número de teléfono – Hogar | |
| Dirección – Calle | | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | |
| 3. Nombre | | | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) | | Número de teléfono – Hogar | |
| Dirección – Calle | | | Ciudad | | Estado | Código postal |
| Sí  No ¿Es residente de Wisconsin? En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? | | | | | | |

|  |
| --- |
| **VI. REFERENCIA DE KINSHIP CARE (CUIDADOS POR PARIENTE) PARA LOS SERVICIOS   DE MANUTENCIÓN DE MENORES – DCF 58.04(2)(e)** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ESTADO ACTUAL DE LA RELACIÓN ENTRE LOS PADRES DEL MENOR** | | | |
| Estado civil  Casados  Divorciados  Separados con orden de la Corte  Nunca antes casados  No sabe  Separados sin orden de la Corte | | | |
| Fecha – Si alguna vez contrajeron matrimonio (mm/dd/aaaa) | | Lugar donde contrajeron matrimonio (ciudad, estado) | |
| ¿Cuentan con una orden de manutención de menores en vigor?  Sí  No  No sabe | | Monto de manutención de menores (si corresponde)  $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | La manutención de menores está siendo pagada  Sí – Regularmente  No  Sí – Regularmente  No sabe |
| Paternidad establecida  Sí  No  No sabe | ¿Quién es el responsable del caso?        El condado        El estado        La tribu | | ¿Hay una orden de asistencia médica vigente?  Sí  No  No sabe |
| ¿El menor recibe asistencia médica (MA)?  Sí  No  No sabe En caso afirmativo, indique el número de MA (si lo conoce) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |
| --- |
| VII. AVISO SOBRE EL MOTIVO JUSTIFICADO PARA KINSHIP CARE (CUIDADOS POR PARIENTE) – DCF 58.12(2) |
| **Su cooperación en el proceso de recuperación de la manutención de menores significa que posiblemente deba hacer una o más de las siguientes acciones:** |
| 1. Indicar el nombre de los padres de cualquier menor incluido en su solicitud de Kinship Care (Cuidados por pariente) y proveer información para ayudar a encontrar a los padres.  2. Ayudar a recuperar el dinero adeudado a los menores que reciben Kinship Care (Cuidados por pariente).  3. Ayudar a recuperar cualquier otro dinero o propiedad que se adeude a cualquier menor incluido en su solicitud de Kinship Care (Cuidados por pariente).  4. Informar a la Agencia de Bienestar de Menores cualquier manutención de menores ordenada por la corte o voluntaria que haya sido pagada directamente a usted por el/los padre/s sin custodia.  5. Es posible que tenga que acudir a la Agencia de Bienestar de Menores o la agencia de manutención infantil para firmar los documentos necesarios o entregar la información requerida. |
| **Su cooperación para recuperar la manutención de menores es importante porque ayudaría a los menores bajo su cuidado en su derecho a:** |
| 1. Saber quiénes son los padres legalmente reconocidos del menor.  2. Recibir apoyo emocional y económico de ambos padres.  3. Recibir beneficios del Seguro Social, pensión y derechos sucesorios de ambos padres.  4. Recibir la asistencia médica adecuada y los antecedentes médicos familiares de ambos padres. |
| A pesar de estos posibles beneficios, usted podría tener razones para no cooperar. Esa razón se denomina “motivo justificado”. Si cree que cooperar le causaría a usted o el/los menor/es bajo su cuidado un daño físico o emocional grave o tal vez crearía otras situaciones perjudiciales, le podrían conceder el “motivo justificado” ahora o en cualquier momento en el futuro. Si aduce “motivo justificado”, debe entregar pruebas que demuestren por qué no debe requerirse su cooperación.  Si desea aducir “motivo justificado” para no cooperar, complete la sección que se encuentra más adelante en este formulario.  Si desea aducir “motivo justificado” para no cooperar, pero la Agencia de Bienestar de Menores no aprueba su petición, no será elegible para Kinship Care (Cuidados por pariente) a menos que comience a cooperar. Si no está de acuerdo con la denegación del "motivo justificado", es posible que pueda apelar la decisión. El trabajador que determine la elegibilidad de Kinship Care (Cuidados por pariente) podrá entregarle más información. |

**Deje esta sección en blanco si no aducirá Motivo justificado**

|  |
| --- |
| **VIII. AVISO SOBRE PRESENTACIÓN DE MOTIVO JUSTIFICADO PARA KINSHIP CARE   (CUIDADOS POR PARIENTE) – DCF 58.12** |
| **Negación a prestar cooperación para que el/los menor/es obtenga/n manutención de menores y/o manutención médica** |
| Las siguientes son circunstancias bajo las cuales la Agencia de Bienestar de Menores del condado o tribal puede conceder el “motivo justificado” para no cooperar:  1. Su cooperación podría resultar en daño físico o emocional para el menor bajo su cuidado.  2. Su cooperación podría resultar en un daño físico o emocional para usted, cuya gravedad reduce su capacidad para cuidar al menor de manera adecuada.  3. El menor bajo su cuidado nació como resultado de incesto o agresión sexual. |
| Si aduce “motivo justificado” por una de las razones anteriores, debe entregar pruebas que respalden su petición. A partir de la fecha en que presenta el “motivo justificado”, tiene 20 días para entregar las pruebas a la Agencia de Bienestar de Menores. Se puede aprobar un mayor plazo por razones excepcionales. A continuación se presentan ejemplos de los tipos de pruebas que puede utilizar para respaldar un “motivo justificado”.  1. Actas de nacimiento o registros médicos o policiales que indiquen que el menor fue concebido como resultado de incesto o agresión sexual.  2. Registros judiciales, médicos, penales, de los servicios de protección de menores, servicios sociales, psicológicos o policiales que indiquen que el padre presunto o ausente podría causarle daño físico o emocional a usted o al menor.  3. Expedientes médicos que contengan su historial de salud emocional o del menor y el estado de salud actual o declaraciones escritas de un profesional de la salud mental que indiquen un diagnóstico o prognosis sobre la salud emocional de usted o del menor.  4. Una declaración jurada de personas, incluidos amigos, vecinos, clérigos, trabajadores sociales y profesionales médicos que puedan tener conocimiento de las circunstancias que ayudarían a respaldar su petición.  5. Cualquier otra prueba que sirva como respaldo o corroboración. |
| Si no tiene pruebas que respalden su temor a sufrir daños físicos, es posible que aún se pueda determinar el “motivo justificado” después de una investigación. La agencia puede decidir realizar una investigación sobre cualquier petición de motivo justificado. Es posible que deba entregar información para colaborar con la investigación. El/los padre/s ausente/s no será/n contactado/s sin antes avisarle/s.  La Agencia de Bienestar de Menores debe decidir dentro del un plazo de 45 días si tiene un “motivo justificado” basándose en evidencias.  Los pagos de Kinship Care (Cuidados por pariente) no se pueden denegar, retrasar, reducir o interrumpir hasta que se llegue a una determinación sobre el "motivo justificado".  Se le notificará inmediatamente la determinación de “motivo justificado” de la agencia. Si se determina que no tiene “motivo justificado”, tendrá 10 días para retirar la petición y cooperar, retirar su solicitud o solicitar que se cierre su caso, excluir a las personas autorizadas de la solicitud o caso, o solicitar cualquier apelación admisible. |
| Si se determina que efectivamente tiene un “motivo justificado” para no cooperar, se notificará la decisión a la agencia de manutención de menores y se le indicará que:  1. No tome más medidas para establecer la paternidad, cobrar la manutención de menores o perseguir a terceros que puedan ser responsables de la asistencia médica; o  2. Intente establecer la paternidad, cobrar la manutención de menores o perseguir a terceros que puedan ser responsables de la asistencia médica sin su cooperación, siempre que esto no signifique un riesgo para usted o el menor. |
| Debe firmar esta petición oficial de “motivo justificado” en presencia del trabajador de la agencia, en caso contrario, debe certificar su firma ante notario. Entregue este aviso a la agencia en persona o envíelo por correo registrado o certificado.  Si la prueba presentada no es suficiente, la agencia de Kinship Care (Cuidados por pariente) le indicará que se necesitan más pruebas. La agencia le proveerá ayuda razonable para obtener las pruebas necesarias. |
| Certifico que mi petición de “motivo justificado” se basa en hechos reales de acuerdo a mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa resultará en la denegación de esta petición. Recibí una copia de esta petición. Por la presente aduzco “motivo justificado” por las siguientes razones: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **FIRMA** – Cuidador familiar / Solicitante |  | Fecha de firma |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Nombre – Agencia de Bienestar de Menores |  | Fecha de firma |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VI. CONFIRMACIÓN** | | |
| Yo, el Cuidador abajo firmante, doy fe de lo siguiente: | | |
| * Ni yo ni ningún otro adulto del grupo familiar que vive en el hogar ni algún empleado que tenga contacto regular con el menor familiar identificado anteriormente, tiene arrestos o condenas que afectarían de manera negativa al menor familiar o mi capacidad para cuidar al menor familiar identificado anteriormente. | | |
| * En la medida de lo posible, ayudaré a la agencia de manutención de menores a encontrar a los padres del menor familiar identificado anteriormente. | | |
| * Cooperaré con la agencia en el proceso de solicitud, la redeterminación anual de elegibilidad, incluida la solicitud de cualquier otro programa de asistencia financiera para los que el menor familiar identificado anteriormente pueda ser elegible. | | |
| * Cooperaré y me reuniré con la agencia para completar el proceso de licencia para cuidados de crianza dentro de un plazo de 45 días a partir de la fecha de mi firma abajo. Entiendo que si en los próximos 45 días no completo el proceso de licencia para cuidados de crianza con la agencia, no entrego la Parte B completada de esta solicitud, no me reúno con el personal de la agencia para entrevistas ni permito una inspección física de mi hogar y no entrego la información requerida para completar las verificaciones de antecedentes estaré incumpliendo la s. 48.57(3m)(am)1.Wis. Stats. y Ch. DCF 58.04(1) Admin. Code y la agencia procederá con la terminación del pago bajo el Ch. DCF 58.08(1)(b). Admin. Code.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | * Entiendo que los fondos de Kinship Care (Cuidados por pariente) que reciba no se pueden utilizar para compras en ninguna licorería; en ningún tipo de casino, casino de juegos al azar o establecimiento de apuestas; o cualquier establecimiento minorista que ofrezca entretenimiento para adultos en el que haya artistas que se desnuden o actúen sin ropa para diversión de los clientes. * Notificaré a la agencia dentro del plazo de cinco (días) a partir de la ocurrencia de cualquiera de las siguientes situaciones: | | | | * + El ingreso de cualquier otro adulto a residir en mi hogar y, de manera anticipada, la contratación de cualquier persona que vaya a tener contacto regular con el menor familiar individualizado en esta solicitud. | | | | * El menor y yo nos mudamos a una nueva residencia. | | * Yo, o un futuro empleado, empleado actual, futuro adulto residente en mi hogar o residente actual somos objeto de una investigación o de un hallazgo final comprobado de abuso o negligencia infantil. | | * El menor tiene un nuevo cuidador. | | * El menor ya no vive conmigo. | | * El menor se casa. | | * El menor ingresa al servicio miliar. | | * El menor fallece. | | * El menor se gradúa, completa o se retira de un programa educacional K-12 o su equivalente a tiempo completo, y tiene 18 años de edad. | | * El joven ya no cuenta con un Programa de educación individualizado (IEP) vigente según la s. 115.787, Stats., ya tiene 18 años de edad. | | * Ya no estoy apoyando al menor. | | * Uno de los padres del menor reside con el menor y conmigo. | | * El menor ha sido colocado fuera de mi hogar bajo una orden judicial, un acuerdo de colocación voluntaria conforme con la s. 48.63, Stats., o un acuerdo voluntario de transición a vida independiente. | | * El menor está colocado en mi hogar con una orden judicial o un acuerdo de colocación voluntaria o un acuerdo voluntario de transición a vida independiente. | | * Me pondré en contacto con la agencia antes o en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del momento en que el menor familiar, por quien se realiza el pago de Kinship Care (Cuidados por pariente), deje mi hogar. | | | |
| Si alguien distinto del solicitante ha ayudado a completar este formulario, mediante su firma a continuación, usted reconoce que ha presentado la información exactamente como lo indica el solicitante. | | |
| **FIRMA** – Persona distinta al solicitante que ayudó a completar el formulario | Relación con solicitante(s) | Fecha de firma |

|  |  |
| --- | --- |
| Doy fe de que la información entregada arriba es exacta a mi leal saber y entender. | |
| **FIRMA** – Cuidador 1 | Fecha de firma |
| **FIRMA** – Cuidador 2 | Fecha de firma |
| **FIRMA** – Cuidador 3 | Fecha de firma |

**Solicitud conjunta de Kinship Care (Cuidados por pariente) y Cuidados   
de crianza ordenados por la corte - Parte B**

**Uso del formulario:** El uso de este formulario es obligatorio; completar el formulario en conjunto con la Parte A se ajusta al requisito de la s.48.57(3m) de los Wisconsin Statutes. Este formulario se debe utilizar en todos los casos de solicitantes de Kinship Care (Cuidados por pariente) ordenados por la corte. La información de identificación personal recopilada en este formulario es confidencial y solo se utilizará para fines de identificación y determinación de elegibilidad para un pago. Proveer su Número de Seguro Social (SSN) es voluntario; sin embargo, no proveerlo podría provocar un retraso en el procesamiento de su información. La información personal que entregue puede utilizarse para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

**Instrucciones:** La Parte A de esta solicitud se completará y entregará a la agencia antes del inicio de los pagos de Kinship Care (Cuidados por pariente). La Parte B de la solicitud de Cuidados de crianza se debe completar dentro de un plazo de 45 días a contar de la fecha de su firma en la Parte A de este formulario. El proceso de solicitud de cuidados de crianza incluye la entrega de la Parte B de esta solicitud completada, reunirse con el personal de la agencia para entrevistas, permitir una inspección física de su hogar y proveer la información requerida para completar las verificaciones de antecedentes. No completar todos los pasos resultará en la terminación del pago según el Ch. DCF 58.08(1)(b). Admin. Code.

La solicitud incluye espacio para dos cuidadores; en caso de que tenga solicitantes adicionales, puede adjuntar secciones adicionales. La agencia también proveerá formularios para las verificaciones de antecedentes exigidas para los programas de Kinship Care (Cuidados por pariente) y Cuidados de crianza. Para obtener más información o ayuda para completar este formulario, comuníquese con la persona que le entregó este formulario.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. CUIDADOR(ES)** | | | | | | | | |
| **CUIDADOR 1** Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | | | |
| Estado de salud general | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Tiene seguro médico familiar? Si la respuesta es “Sí”, indique el nombre de la compañía. | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| Describa su estado de salud actual y cualquier enfermedad por la cual recibe o haya recibido tratamiento. | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| Indique los medicamentos actuales y el motivo de su uso. | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| Indique todas las hospitalizaciones y sus motivos y fechas. | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | |
| Servicio militar | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Ha estado alguna vez en el ejército? Si la respuesta es “Sí”, en qué rama: | | | | | | | | |
| Fecha de enrolamiento | | | | | | Fecha de baja | | Tipo de baja |
| Situación laboral actual  Empleado/a  Desempleado/a  No participa en la fuerza laboral (no busca trabajo, jubilado/a, discapacitado/a, etc.) | | | | | | | | |
| Ocupación / Cargo: | | | | | | | | |
| Empleador actual: | | | | | | | | |
| Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal): | | | | | | |  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Fecha de inicio del empleo: |  | Nombre del supervisor: |  | | | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Fecha de inicio del empleo: |  | Nombre del supervisor: |  | | | | | |
| Funciones: | | |  | | | | | |
| Sí  No ¿Tiene un plan de jubilación? | | | | | | | | |
| Horas y días de trabajo en la semana: | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Historial de empleos (10 años anteriores) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Empleador** | | | | | | | | | | | | | | **Puesto** | | | | | | | | | **Deberes** | | | | | | | | | | | | | | **Fechas de empleo** | | | | **Razón de salida** |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Ingresos actuales (incluya todas las fuentes de asistencia pública o seguro social) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingreso mensual total: | | | | | | $ | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Manutención de menores: | | | $ | | | | | |  | |  | | | | Mantenimiento: | | | | | | | | $ | | | | | | |  |  | Desempleo: | | | | | | $ | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Asistencia para adopción: | | | | | $ | | | | | | | | | | |  |  | | Kinship Care (Cuidados por pariente): | | | | | | | $ | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ¿De qué agencia? | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | SSI: | $ | | | | |  |  | SSD: | | | | | | $ | | | | | | | |  | |  | SSA: | | | | $ | | | | | | |  | | | |
|  | | Suplementario: | | | $ | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historial de licencias para cuidados de crianza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Alguna vez solicitó o se le concedió una licencia para cuidados de crianza u otro tipo de cuidado infantil? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la agencia que otorgó la licencia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Tipo** | | | | | | | **Fecha de solicitud** | | | | | | **Período de licencia** | | | | **Motivo del cierre** | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | |
| Sí  No ¿Alguna vez le han revocado una licencia o certificación? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Si la respuesta es “Sí”, indique la fecha, el motivo y la agencia que la revocó. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Alguna vez ha solicitado una adopción? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Si la respuesta es “Sí”, explique. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CUIDADOR 2** Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado de salud general | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Tiene seguro médico familiar? Si la respuesta es “Sí”, indique el nombre de la compañía. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Describa su estado de salud actual y cualquier enfermedad por la cual recibe o haya recibido tratamiento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique los medicamentos actuales y el motivo de su uso. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indique todas las hospitalizaciones, sus motivos y fechas. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Servicio militar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Ha estado alguna vez en el ejército? Si la respuesta es “Sí”, en qué rama: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de enrolamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de baja | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de baja | | | | | | | | | |
| Situación laboral actual  Empleado/a  Desempleado/a  No participa en la fuerza laboral (no busca trabajo, jubilado/a, discapacitado/a, etc.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocupación / Cargo: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empleador actual: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección del empleador (calle, ciudad, estado, código postal): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de inicio del empleo: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nombre del supervisor: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Deberes | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Tiene un plan de jubilación? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horas y días de trabajo en la semana: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historial de empleos (10 años anteriores) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Empleador** | | | | | | | | | | | | | | | | **Puesto** | | | | | | | | | | | | **Deberes** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fechas de empleo** | | | | **Razón de salida** |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
| Ingresos actuales (incluya todas las fuentes de asistencia pública o seguro social) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ingreso mensual total: | | | | | | | $ | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Manutención de menores: | | | $ | | | | | | | |  | |  | | | | | Mantenimiento: | | | | | | | | | | $ | | | | | | |  | |  | | | Desempleo: | | | | | | $ | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Asistencia para adopción: | | | | | | | $ | | | | | | | | | | | |  | | | |  | Kinship Care (Cuidados por pariente): | | | | | | | $ | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ¿De qué agencia? | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | SSI: | | $ | | | | | |  |  | | | SSD: | | | | | | | | $ | | | | | | | | |  |  | | | | SSA: | | $ | | | | | | | |  | | | |
|  | | Suplementario: | | | | $ | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Historial de licencias para cuidados de crianza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Alguna vez solicitó o se le concedió una licencia para cuidados de crianza u otro tipo de cuidado infantil? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre de la agencia que otorgó la licencia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Tipo** | | | | | | | **Fecha de solicitud** | | | | | | | | | **Período de licencia** | | | | **Motivo del cierre** | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| Sí  No ¿Alguna vez le han revocado una licencia o certificación? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Si la respuesta es “Sí”, indique la fecha, el motivo y la agencia que la revocó. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Alguna vez ha solicitado una adopción? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Si la respuesta es “Sí”, explique. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II. GRUPO FAMILIAR (Otros niños y adultos no cuidadores)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escriba abajo los datos solicitados de **TODOS** sus hijos biológicos y/o adoptados, ya sea que vivan en su hogar o no | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre – apellido, nombre, inicial del segundo nombre (en letra de imprenta)** | | | | | **Edad** | | | **Género** | | | **Fecha de nacimiento**  **(mm/dd/aa)** | | | | **Vive en el hogar** | | | **Para aquellos que viven en el hogar, indique todos los problemas de salud y medicamentos** | | |
|  | | | | |  | | | M  F | | |  | | | | Sí  No | | |  | | |
|  | | | | |  | | | M  F | | |  | | | | Sí  No | | |  | | |
|  | | | | |  | | | M  F | | |  | | | | Sí  No | | |  | | |
|  | | | | |  | | | M  F | | |  | | | | Sí  No | | |  | | |
|  | | | | |  | | | M  F | | |  | | | | Sí  No | | |  | | |
|  | | | | |  | | | M  F | | |  | | | | Sí  No | | |  | | |
|  | | | | |  | | | M  F | | |  | | | | Sí  No | | |  | | |
|  | | | | |  | | | M  F | | |  | | | | Sí  No | | |  | | |
| Escriba abajo los nombres y la información de **TODAS LAS OTRAS** personas que viven en su hogar.  Marque si no hay personas adicionales viviendo en su hogar. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre – apellido, nombre, inicial del segundo nombre (en letra de imprenta)** | | | | **Edad** | | | **Género** | | | **Fecha de nacimiento**  **(mm/dd/aa)** | | | | **Número de Seguro Social** | | | **N.° de licencia de conducir de WI**  **O ident. del estado**  **(si tiene 18 años o más)** | | | **Relación** |
|  | | | |  | | | M  F | | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  | | | |  | | | M  F | | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  | | | |  | | | M  F | | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  | | | |  | | | M  F | | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  | | | |  | | | M  F | | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  | | | |  | | | M  F | | |  | | | |  | | |  | | |  |
| Sí  No ¿Tiene mascotas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si la respuesta es “Sí”, ¿de qué tipo y cuántas? | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Las mascotas están al día con las vacunas? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III. FINANZAS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí  No ¿Tiene seguro de propietario o inquilino? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si la respuesta es “Sí”, indique el nombre de la compañía y el número de póliza. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gastos mensuales del hogar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alquiler o hipoteca | | | | | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |
| Calefacción y servicios públicos | | | | | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |
| Comestibles | | | | | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |
| Recreación / Entretenimiento | | | | | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |
| Transporte | | | | | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |
| Pagos de compras en mensualidades | | | | | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ahorros | | | | | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ropa | | | | | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |
| Contribuciones caritativas | | | | | | $ | | | | | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Primas de seguros | | $ | | |  | | | | |
| Médico/Dental | | $ | | |  | | | | |
| Gastos del grupo familiar | | $ | | |  | | | | |
| Gastos de educación | | $ | | |  | | | | |
| Otros gastos | | $ | | |  | | | | |
| **Total** | | $ | | |  | | | | |
| **IV. DESCRIPCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL** | | | | | | | | | |
| Antigüedad de la casa | Pies cuadrados | | Cantidad de recámaras | | | Cantidad de baños | | Cantidad total de habitaciones | |
| Pies cuadrados de la recámara del joven en cuidado de crianza | | | | Tipo de vivienda (Casa, apartamento, dúplex, móvil, pareada) | | | | | |
| Tipo de plomería/sistema séptico | | | | Sí  No ¿La plomería y el sistema séptico cumplen con los códigos? | | | | | |
| Tipo de sistema eléctrico | | | | Sí  No ¿El sistema eléctrico cumple con los códigos? | | | | | |
| Tipo de calefacción/aire acondicionado | | | | Sí  No ¿La calefacción y el aire acondicionado cumplen con   los códigos? | | | | | |
| Indique las reparaciones que se necesitan en la casa. | | | | | | | | | |
| Indique los peligros internos (chimeneas, escaleras, etc.). | | | | | | | | | |
| Indique cualquier peligro externo (lagos, ríos, calles congestionadas, vías de tren, etc.). | | | | | | | | | |
| Indique cualquier maquinaria agrícola, cobertizo, piscina exterior u otra maquinaria peligrosa. | | | | | | | | | |
| Indique todas las armas de fuego u otras armas en el hogar. Especifique cómo se guardan esas armas y sus municiones. | | | | | | | | | |
| **V. CONFIRMACIÓN** | | | | | | | | | |
| Yo, el Solicitante abajo firmante, acepto cumplir con los requisitos establecidos en el Ch. DCF 56 Admin. Code. | | | | | | | | | |
| Si alguien distinto del solicitante ha ayudado a completar este formulario, mediante su firma a continuación, usted reconoce que ha presentado la información exactamente como lo indica el solicitante. | | | | | | | | | |
| **FIRMA** – Persona distinta al solicitante que ayudó a completar el formulario | | | | | | | Relación con solicitante(s) | | Fecha de firma |

|  |  |
| --- | --- |
| Doy fe de que la información entregada arriba es exacta a mi leal saber y entender. | |
| **FIRMA** – Cuidador 1 | Fecha de firma |
| **FIRMA** – Cuidador 2 | Fecha de firma |
| **FIRMA** – Cuidador 3 | Fecha de firma |