**Determinación de Elegibilidad para Kinship Care**

kinship care eligibility determination

**Uso del formulario:** este formulario debe utilizarse para notificar a los cuidadores familiares de su elegibilidad para Kinship Care y derechos de revisión/apelación, según lo exigen s. 48.57, Wis. Stats. y Ch. DCF 58.08(8), Código de admin. La información personal de identificación entregada en este formulario se utilizará exclusivamente con el fin de verificar los datos necesarios para la entrega de beneficios. La información personal que provea puede utilizarse con fines secundarios [ s. 15.04(1)(m), Wis. Stats.].

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de hoy (mm/dd/aaaa)      | Nombre – Agencia      |
| Nombre completo – Menor (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)      | Fecha de nacimiento – Menor (mm/dd/aaaa)      |
| Nombre completo – Cuidador familiar 1 (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)      | Número de teléfono (hogar/celular)      |
| Dirección – Cuidador familiar 1 (calle, ciudad, estado, código postal)      |
| Correo electrónico      |
| Nombre completo – Cuidador familiar 2 (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)      | Número de teléfono (hogar/celular)      |
| Dirección – Cuidador familiar 2 (calle, ciudad, estado, código postal)      |
| Correo electrónico      |

Estimado(a)      :

Con esta carta, le informamos que su solicitud para Kinship Care resultó ser no elegible debido a las siguientes razones:

Podría haber otros motivos para su denegación:

Puede solicitar una revisión o audiencia; consulte las instrucciones en la página siguiente. Si tiene alguna pregunta, comuníquese conmigo a correo electrónico o al número de teléfono.

Atentamente,

Profesional de bienestar de menores

**PROCESO DE APELACIONES**

**SOLICITUD DE REVISIÓN DEL DIRECTOR**

Si se deniegan o cancelan los pagos de Kinship Care **debido a los resultados de una revisión de antecedentes penales**, tiene derecho a solicitar una revisión por parte del director de la agencia de Kinship Care de acuerdo con la s. 48.57, Stats. y Ch. DCF 58.11(1), Código de admin. **La solicitud se debe presentar por escrito y se debe recibir en un plazo no mayor a 45 días a partir de la fecha de este aviso.**

Se debe enviar por escrito una solicitud de revisión al director de la agencia o al representante tribal. (Ch. DCF. 58.02(11), Código de admin):

Director de la agencia Kinship Care

Dirección

La solicitud debe incluir una breve explicación de su desacuerdo y el motivo de su solicitud de revisión.

**SOLICITUD DE AUDIENCIA**

Es posible que tenga derecho a solicitar una audiencia según la s. 48.57, Stats. y el Ch. DCF 58.11(2), Código de admin. Debe enviar su solicitud de audiencia **directo a la Division of Hearings and Appeals (División de audiencias y apelaciones) y debe ser recibida en un plazo no mayor a cuarenta y cinco (45) días a partir de la fecha de este aviso.**

La solicitud debe incluir una breve explicación de su desacuerdo y el motivo de su solicitud de revisión. Adjunte una copia de este aviso a su solicitud de audiencia. Para enviar su solicitud de audiencia administrativa de acuerdo con la
Ch. DCF 58.11(2), Código de admin:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Envíe su solicitud por correo postal a:***Division of Hearings and Appeals (División de audiencias y apelaciones)P.O. Box 7875Madison, WI 53707-7875 | ***Entregue personalmente su solicitud:***Division of Hearings and Appeals (División de audiencias y apelaciones)4822 Madison Yards WayMadison, WI 53705 | ***Envíe su solicitud por fax a:***Division of Hearings and Appeals (División de audiencias y apelaciones)(608) 264-9885 |