**WISCONSIN DEPARTMENT OF CHILDRN AND FAMILIES**

Division of Safety and Permanence

Consentimiento parental voluntario de Kinship Care (Cuidados por pariente)

VOLUNTARY KINSHIP CARE PARENTAL CONSENT

**Uso del formulario:** La completación del formulario es voluntaria; sin embargo, la información debe entregarse de acuerdo con la s.48.57(3n)(am)6., Wis. Stats. La información personal que provea puede utilizarse con fines secundarios (s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes). El formulario debe enviarse a la agencia de Kinship Care (Cuidados por pariente).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre – Menor      | Apellido – Menor      | Nombre del solicitante de Kinship Care (Cuidados por pariente)      | Nombre – Padre/Madre del menor      |

Por la presente confirmo que yo, \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ soy padre/madre de \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y reconozco que mi hijo reside actualmente en el hogar del familiar que aquí indico \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Como padre/madre de \_     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, entiendo que soy legal y económicamente responsable de mi hijo; sin embargo, creo que el arreglo de alojamiento actual es lo más conveniente para mi hijo en este momento.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |       |  |
| Firma del padre |  | Fecha de firma  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |       |  |
| Firma del familiar  |  | Fecha de firma  |  |