**DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES**

Division of Safety and Permanence

**Aviso anticipado de terminación de Kinship Care
(Cuidados por pariente) una vez cumplidos los 18 años**

ADVANCE NOTICE OF TERMINATION OF KINSHIP CARE AT AGE 18

**Uso del formulario:** Este formulario es obligatorio y se utiliza para recopilar información educativa con el fin de determinar la continuidad de la elegibilidad para Kinship Care (Cuidados por pariente) después de que un hijo cumple 18 años, como se requiere en el Ch. DCF 58.10(4)(b)1., Admin. Code. 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.

**PARA DETERMINAR SI SU HIJO ES ELEGIBLE PARA KINSHIP CARE (CUIDADOS POR PARIENTE) DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS,**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPLETE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO ANTES DE LA FECHA LÍMITE:** |       | (mm/dd/aaaa) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A continuación, indique los nombres y la dirección de los proveedores de Kinship Care (Cuidados por pariente): | Fecha de hoy: |       | (mm/dd/aaaa) |
|  |
|  | **INFORMACIÓN DEL MENOR** |
|       | Nombre: |       |
|       | Fecha de nacimiento: |       | (mm/dd/aaaa) |
|       | Fecha en que cumple 18 años: |       | (mm/dd/aaaa) |
|       | Número de identificación del caso: |       |  |
|  |
| Nombre de la escuela secundaria del menor: |       |
| Fecha estimada de graduación de la escuela secundaria: |       | (mm/aaaa) |
| **Sí** | **No** |  |
| [ ]  | [ ]  | ¿El hijo por quien recibe Kinship Care (Cuidados por pariente) estará en la escuela secundaria, en un programa de educación alternativa o en un programa de GED a tiempo completo después de los 18 años? |
| [ ]  | [ ]  | ¿Sustentará usted a su hijo por quien recibe Kinship Care (Cuidados por pariente) o permitirá que continúe viviendo con usted después que cumpla 18 años? |
| [ ]  | [ ]  | ¿El hijo por quien recibe Kinship Care (Cuidados por pariente) tiene un buen rendimiento académico según la escuela o programa educativo al que asiste?  |
| [ ]  | [ ]  | ¿El hijo por quien recibe Kinship Care (Cuidados por pariente) ingresó al servicio militar? | Fecha de enrolamiento en el servicio militar:  |       | (mm/dd/aaaa) |
|  |
| **¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA QUE UN HIJO CALIFIQUE PARA KINSHIP CARE (CUIDADOS POR PARIENTE) DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS?** |
|  |
| El hijo debe cumplir con **TODAS** las condiciones que se indican a continuación para ser elegible para Kinship Care (Cuidados por pariente) (pago y asistencia médica) después de los 18 años y debe continuar cumpliendo con los requisitos de elegibilidad de Kinship Care (Cuidados por pariente) del ch. DCF 58, Admin. Code: |
| 1. Después de cumplir 18 años, su hijo en Kinship Care (Cuidados por pariente) debe estar asistiendo a la escuela secundaria, a un programa de educación alternativa o a un programa GED a tiempo completo |
| 2. Su hijo en Kinship Care (Cuidados por pariente) debe ser sustentado por usted o debe continuar viviendo con usted. |
| 3. Su hijo en Kinship Care (Cuidados por pariente) debe tener un buen rendimiento académico en la escuela o en el programa educativo al que asista.  |
| 4. Su hijo no debe estar enrolado en el servicio militar. |
|  |
| Los beneficios de Kinship Care (Cuidados por pariente) continuarán hasta el mes de graduación de su hijo o hasta que cumpla 19 años, lo que ocurra primero.  |
|  |
| **RAZONES POR LAS QUE SU HIJO PODRÍA NO SER ELEGIBLE PARA KINSHIP CARE (CUIDADOS POR PARIENTE) DESPUÉS DE LOS 18 AÑOS:** |
|  |
| **Los beneficios de Kinship Care (Cuidados por pariente) se cancelarán si aplica ALGUNO de los siguientes factores:** |
|  |
| 1. Su hijo no asistirá a la escuela secundaria o escuela vocacional o técnica a tiempo completo después de cumplir los 18 años. |
| 2. Su hijo no es sustentado por usted/no continúa viviendo con usted. |
| 3. Su hijo no tiene un buen rendimiento académico en la escuela o programa educativo al que asiste.  |
| 4. Su hijo se ha enrolado en el ejército. |
|  |
| La información provista anteriormente es verdadera y completa a mi leal saber y entender. [ ]  1.er aviso [ ]  2.do aviso  |
|  |
|  |  |       |  |       |
| **FIRMA** – Proveedor de Kinship Care (Cuidados por pariente) |  | Fecha de firma |  | Número de teléfono (durante el día) |
|  |
| **HAGA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA SU REGISTRO PERSONAL.** |
|  |
| **Envíe este formulario por correo postal o fax a:** Agencia: Dirección ciudad, estado, código postal Teléfono fax |
|  |