

Solicitud de Pago de Kinship Care KINSHIP CARE PAYMENT APPLICATION

Uso del formulario: El uso de este formulario es obligatorio; si se completa se cumplen los requisitos de s.48.57(3m) de Wisconsin Statutes. La información que identifique a una persona recabada en este formulario es confidencial y será utilizada para identificar y determinar si se reúnen las condiciones para el pago únicamente. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. La provisión de su número de seguro social (SSN) es voluntaria; pero no proporcionarlo podría causar una demora en el procesamiento de la información.

NOTIFICACIÓN: Este formulario debe ser completado lo mejor que el solicitante pueda. Tergiversar la relación del solicitante con el menor o proporcionar información falsa sobre el menor, los padres del menor, el solicitante o los miembros de la vivienda del solicitante producirá una negativa a la adjudicación de kinship.

I. CUIDADOR PARIENTE

Nombre - Cuidador pariente (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		¿El Cuidador Pariente es residente de Wisconsin? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿desde hace cuánto tiempo?		
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono – Particular
Teléfono celular		Correo electrónico		
Nombre - Cuidador pariente (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		¿El Cuidador Pariente es residente de Wisconsin? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿desde hace cuánto tiempo?		
Teléfono celular		Correo electrónico		

II. CUIDADOR PARIENTE PRINCIPAL

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Hispana o latino/a <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Etnicidad (Marque al menos un casillero y puede marcar hasta tres casilleros)			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro	
Tipo de vivienda			
<input type="checkbox"/> Mujer soltera	<input type="checkbox"/> Hombre soltero con pareja no emparentada	<input type="checkbox"/> Mujer soltera con pareja no emparentada	
<input type="checkbox"/> Pareja casada	<input type="checkbox"/> Hombre soltero	<input type="checkbox"/> Otro	
Cantidad de niños en la vivienda	Cuál es el parentesco que tienen con usted (solicitante):		
Estado civil			
<input type="checkbox"/> Soltero – nunca se casó	<input type="checkbox"/> Casado – viven juntos	<input type="checkbox"/> Casado – pero separado	
<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo		
Nivel de educación			

_____ Ingrese uno de los siguientes códigos de dos dígitos.

- 01 a 11 Nivel de grado finalizado en escuela primaria / secundaria. Ingrese el último grado finalizado.
- 12 Diploma de secundaria (high school), GED o Programa Nacional de Diploma Externo
- 13 Título básico de dos años obtenido (Associate's Degree)
- 14 Título universitario de cuatro años obtenido
- 15 Título de postgrado obtenido (Maestría o superior)
- 16 Otras credenciales (títulos, certificados, diplomas, etc.)
- 98 Sin educación formal

Estado laboral

- Empleado
- Desempleado
- No en la fuerza laboral (no está buscando trabajo, jubilado, incapacitado, etc.)

III. SOLICITANTE/S MENOR(ES)

1. Nombre - Menor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social
--	----------------------------------	-------------------------

Etnicidad (Marque al menos un casillero y puede marcar hasta tres casilleros)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro

Relación con el cuidador	Fecha – En la que comenzó a vivir con el cuidador pariente
--------------------------	--

Nombre – Padre/Madre del solicitante menor de edad	Estado civil	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular
--	--------------	----------------------------------	-----------------------

Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------	--------	--------	---------------

Nombre – Padre/Madre del solicitante menor de edad	Estado civil	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular
--	--------------	----------------------------------	-----------------------

Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------	--------	--------	---------------

Relación de los padres entre sí:

<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> Viudos	<input type="checkbox"/> Nunca se casaron
----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

Educación y otros recursos

Nombre - escuela a la que asiste:	Último grado finalizado
-----------------------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Recibe SSI:	Si la respuesta es Sí, ¿en nombre propio o de alguno de los padres?
-----------------------------	-----------------------------	-------------	---

<input type="checkbox"/> Inscrito en BadgerCare Plus o	<input type="checkbox"/> Inscrito en seguro privado	<input type="checkbox"/> ¿Tutela?	<input type="checkbox"/> Ch. 54	<input type="checkbox"/> 48.977
--	---	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

2. Nombre - Menor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social
--	----------------------------------	-------------------------

Etnicidad (Marque al menos un casillero y puede marcar hasta tres casilleros)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro

Relación con el cuidador	Fecha – En la que comenzó a vivir con el cuidador pariente
--------------------------	--

Nombre – Padre/Madre del solicitante menor de edad	Estado civil	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular
--	--------------	----------------------------------	-----------------------

Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------	--------	--------	---------------

Relación con el cuidador	Fecha – En la que comenzó a vivir con el cuidador pariente
--------------------------	--

Nombre – Padre/Madre del solicitante menor de edad	Estado civil	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular
--	--------------	----------------------------------	-----------------------

Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
-------------------	--------	--------	---------------

Relación de los padres entre sí:

<input type="checkbox"/> Casados	<input type="checkbox"/> Divorciados	<input type="checkbox"/> Viudos	<input type="checkbox"/> Nunca se casaron
----------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	---

Educación y otros recursos

Nombre - escuela a la que asiste:	Último grado finalizado
-----------------------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Recibe SSI:	Si la respuesta es Sí, ¿en nombre propio o de alguno de los padres?
-----------------------------	-----------------------------	-------------	---

<input type="checkbox"/> Inscrito en BadgerCare Plus o	<input type="checkbox"/> Inscrito en seguro privado	<input type="checkbox"/> ¿Tutela?	<input type="checkbox"/> Ch. 54	<input type="checkbox"/> 48.977
--	---	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

3. Nombre - Menor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social
Etnicidad (Marque al menos un casillero y puede marcar hasta tres casilleros)			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro	
Relación con el cuidador		Fecha – En la que comenzó a vivir con el cuidador pariente	
Nombre – Padre/Madre del solicitante menor de edad	Estado civil	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre – Padre/Madre del solicitante menor de edad	Estado civil	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Relación de los padres entre sí:			
<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viudos <input type="checkbox"/> Nunca se casaron			
Educación y otros recursos			
Nombre - escuela a la que asiste:		Último grado finalizado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibe SSI:		Si la respuesta es Sí, ¿en nombre propio o de alguno de los padres?	
<input type="checkbox"/> Inscrito en BadgerCare Plus o	<input type="checkbox"/> Inscrito en seguro privado	<input type="checkbox"/> ¿Tutela?	<input type="checkbox"/> Ch. 54 <input type="checkbox"/> 48.977

4. Nombre - Menor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Número de Seguro Social
Etnicidad (Marque al menos un casillero y puede marcar hasta tres casilleros)			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro	
Relación con el cuidador		Fecha – En la que comenzó a vivir con el cuidador pariente	
Nombre – Padre/Madre del solicitante menor de edad	Estado civil	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre – Padre/Madre del solicitante menor de edad	Estado civil	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Relación de los padres entre sí:			
<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Viudos <input type="checkbox"/> Nunca se casaron			
Educación y otros recursos			
Nombre - escuela a la que asiste:		Último grado finalizado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibe SSI:		Si la respuesta es Sí, ¿en nombre propio o de alguno de los padres?	
<input type="checkbox"/> Inscrito en BadgerCare Plus o	<input type="checkbox"/> Inscrito en seguro privado	<input type="checkbox"/> ¿Tutela?	<input type="checkbox"/> Ch. 54 <input type="checkbox"/> 48.977

IV. OTROS MIEMBROS ADULTOS EN LA VIVIENDA

1. Nombre (Apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Relación con el cuidador pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?	
2.. Nombre (Apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Relación con el cuidador pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?	
3. Nombre (Apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Relación con el cuidador pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?	
4. Nombre (Apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Relación con el cuidador pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?	

Ver adjunto para miembros adicionales adultos de la vivienda

V. OTROS MENORES EN LA VIVIENDA (ej., menores que no estén en kinship)

1. Nombre (Apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Relación con el cuidador pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?
2. Nombre (Apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Relación con el cuidador pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?
3. Nombre (Apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Relación con el cuidador pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?
4. Nombre (Apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Relación con el cuidador pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?
5. Nombre (Apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
Relación con el cuidador pariente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?

Ver adjunto para miembros adicionales adultos de la vivienda

VI. EMPLEADOS DEL CUIDADOR PARIENTE QUE TENDRÍAN CONTACTO REGULAR CON EL MENOR

1. Nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular	
Dirección – Calle		Ciudad	Estado	Código postal

Sí No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?

2. Nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular	
Dirección – Calle		Ciudad	Estado	Código postal

Sí No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?

VII. NARRATIVA: Sírvase explicar por qué este menor / estos menores no pueden residir de modo seguro con sus padres

VII. CONFIRMACIÓN

Yo, el Cuidador Pariente que suscribe, doy fe de lo siguiente:

- Ni yo, ni ningún adulto residente de esta vivienda ni ningún otro empleado que tenga contacto regular con el pariente menor identificado arriba tiene ningún arresto o condena que pudiera afectar negativamente al pariente menor o a mi capacidad de ocuparme del pariente menor identificado arriba.
- Notificaré a la agencia antes de que cualquier otro adulto habite mi casa y antes de emplear a cualquier otra persona que fuera a tener contacto regular con el pariente menor identificado arriba.
- Me comunicaré con la agencia antes de que el pariente menor para quien se hace un pago de Kinship Care se vaya de nuestra casa o dentro de los tres (3) días hábiles después de que esto ocurra.
- Asistiré a la agencia en todo lo que sea posible para derivar a los padres del pariente menor identificado arriba a la agencia de manutención infantil.
- Cooperaré con la agencia en este proceso de solicitud y en el proceso de revisión anual, incluida la solicitud de cualquier otro programa de asistencia financiera para el que el pariente menor identificado arriba pueda reunir las condiciones.
- Entiendo que los fondos de Kinship Care que recibo no se pueden usar para compras en ninguna tienda de licores; ningún casino, casino de juegos de azar o establecimiento de juegos de azar; ni en ningún establecimiento minorista que proporciona entretenimiento orientado a adultos en los que los artistas se desvisten y actúan sin ropa para entretener.

FIRMA – Pariente Cuidador

Fecha de la firma

FIRMA – Pariente Cuidador

Fecha de la firma