

## 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			
<b>Educación y otros recursos</b>			
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			
<b>Educación y otros recursos</b>			
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

---