

**Notificación de Asignación de Kinship Care
Child Support y Medical Assistance**
KINSHIP CARE NOTICE OF ASSIGNMENT
CHILD SUPPORT AND MEDICAL ASSISTANCE

La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Beneficios de Kinship Care: Entiendo que firmar esta solicitud de Kinship Care (KC) le da al Estado de Wisconsin el derecho de cobrar y conservar los pagos de todo mantenimiento de menores por orden judicial que se adeude con respecto al menor por el cual recibo un pago de KC. También entiendo que los cobros se usarán para reembolsar al Estado por todo beneficio de KC que se pague en nombre del menor por el que recibo un beneficio de KC. Los pagos de mantenimiento de menores retenidos por el Estado no pueden exceder el monto total de los pagos de KC abonados en nombre del menor.

Asistencia médica: Si el menor está recibiendo Medical Assistance (MA) o si solicito MA para este menor, entiendo que firmar una solicitud de MA le da al Estado de Wisconsin el derecho de cobrar y conservar el pago de cualquier gasto médico incurrido en nombre del menor cubierto por MA y realizado en virtud de una orden judicial o por cualquier aseguradora.

También entiendo que este derecho está restringido según lo siguiente:

1. El Estado de Wisconsin no puede conservar ningún pago de mantenimiento de menores que supere el total de los pagos de Kinship Care proporcionados para el menor. Los pagos de apoyo médico conservados por el Estado no pueden superar el monto total de los beneficios de MA proporcionados al menor en Kinship Care.
2. Al menor en Kinship Care se le debe los cobros de apoyo médico vigentes correspondientes a todo costo no cubierto por MA. Sin embargo, si la certificación de MA del menor es discontinuada, el Estado de Wisconsin tiene derecho a cobrar los pagos de apoyo médico correspondientes a gastos médicos pasados cubiertos por MA.

Enumere el menor/los menores por los que se solicita beneficios de Kinship Care. Use el formato apellido, nombre de pila, inicial del segundo nombre. Si se necesita espacio adicional, continúe en la parte de atrás del formulario o agregue otra hoja.

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

FIRMA - Pariente cuidador / Solicitante

Fecha de la firma

Completar abajo si el Solicitante de Kinship Care se niega a acusar recibo de esta notificación

Por el presente expliqué por completo las disposiciones indicadas arriba con respecto a la asignación por operación de la ley y distribución del mantenimiento de menores y cobros médicos al pariente cuidador / solicitante.

A mi leal saber y entender, él o ella los entiende.

FIRMA – Representante de la Agencia

Fecha de la firma