

DOCUMENTACIÓN DE LA RESIDENCIA DEL NIÑO PARA KINSHIP CARE
KINSHIP CARE DOCUMENTATION OF CHILD'S RESIDENCE

Uso de este formulario: Este formulario debe ser completado por alguien que sepa que este menor está viviendo con usted y va a ser usado para demostrar la residencia del menor con un pariente que solicita Kinship Care. Podría ser el personal de la oficina de asistencia de la escuela del menor, el médico, maestro, centro de cuidado infantil del menor o alguien similar. No incluye amigos, vecinos ni parientes. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Ley de privacidad, s. 15.04(1)(m), Estatutos de Wisconsin].

Se debe completar un formulario independiente para cada niño.

Instrucciones: El formulario es aceptable como prueba de la residencia de un menor si está completo y firmado por un representante de la agencia que proporciona información de la dirección. Las escuelas, consultorios médicos, proveedores de cuidado infantil y otros que tienen conocimiento de la residencia de un menor deberían proporcionar la dirección indicada para el menor en estos registros.

Instructions: The form is acceptable as proof of child's residence only if filled out and signed by an agent of the agency providing the address information. Schools, doctor's offices, day care providers, and others having knowledge of a child's residence, should provide the address listed for the child in their records.

Solicitante Cuidador (en imprenta)

Nombre – Solicitante (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nombre – Solicitante (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Dirección – Menor (Calle, ciudad, estado, código postal)

Person Providing Verification (print)

Name – Person Providing Verification

Name – Agency

Telephone Number

()

SIGNATURE – Person Providing Verification

Date Signed

El Solicitante Cuidador debería incluir este formulario junto con la Solicitud de Kinship Care, DCF-F-CFS2099-S), Q enviar este formulario a:

**Kinship Care Program
Professional Services Group, Inc.
1126 South 70th Street
West Allis, WI 53214**

(The person filling out this form may mail it directly to the address above or give it to the person requesting verification to include with the application. A signed copy of this form may also be scanned and emailed to kinship@psgqip.com.)