

SOLICITUD DE CUIDADOR DE KINSHIP CARE
KINSHIP CARE CARETAKER APPLICATION

Uso del formulario: El uso de este formulario por parte de los solicitantes de Kinship Care es obligatorio de acuerdo con Wisconsin Statutes 48.57(3m)(a)1., y constituye una parte de una solicitud completa de una nueva evaluación o reevaluación de elegibilidad para recibir Kinship Care. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes]. El incumplimiento por parte de los solicitantes puede provocar la denegación de los beneficios de Kinship Care.

Instrucciones: El solicitante completa la solicitud de Kinship Care y presenta el formulario completo al departamento o a su designatario junto con todo otro material necesario para la determinación de la elegibilidad de los pagos de Kinship Care.

Reevaluación **Nuevo**

I. INFORMACIÓN DEL CUIDADOR

Nombre – Solicitante (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
---	----------------------------------	---

Otros Nombres Usados – Incluir Nombres de Soltera, Apodos, Alias

Dirección – (Calle, ciudad, estado, código postal)	Número de seguro social
--	-------------------------

Teléfono – Casa	Grupo étnico / racial (marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano) <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico (incluye origen del subcontinente indio) <input type="checkbox"/> Hispano (Mexicano, portorriqueño u otras culturas hispanas) <input type="checkbox"/> Blanco	Origen <input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Blanco
Teléfono – Trabajo		

Cuál es su relación con el niño:

Padre/madre 1: _____ Padre/madre 2 : _____

Sí No ¿El padre del niño está adjudicado? Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es el número de paternidad? _____

Sí No ¿Es usted el tutor legal del niño? Si la respuesta es "Sí", fecha de la orden de tutela: _____

número de orden de tutela: _____ Estado: _____

II. INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre – Menor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Edad	Número de seguro social
---	----------------------------------	------	-------------------------

Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grupo étnico / racial (marque todos los que correspondan) <input type="checkbox"/> Negro (no de origen hispano) <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático o de las Islas del Pacífico (incluye origen del subcontinente indio) <input type="checkbox"/> Hispano (Mexicano, portorriqueño u otras culturas hispanas) <input type="checkbox"/> Blanco	Origen <input type="checkbox"/> Asiático o de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Blanco
---	---	---

Sí No ¿El niño recibe SSI? Si la respuesta es "Sí", ingrese el monto mensual \$ _____

¿Hace cuánto tiempo que este niño vive con usted? _____ Sí No ¿Actualmente recibe beneficios de Kinship Care para este niño?

Sí No ¿Recibe Kinship Care para otros niños de su casa? Si la respuesta es "Sí", cantidad de otros niños: _____

III. INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre – Padre/madre 1 Madre (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
---	----------------------------------

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono – Casa

Teléfono – Trabajo

Número de seguro social

Nombre – Padre/madre 2 (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa)

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal)

Teléfono – Casa

Teléfono – Trabajo

Número de seguro social

IV. OTROS ADULTOS QUE VIVAN EN SU CASA

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

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa)

Género

- Masculino
 Femenino

Número de seguro social

Otros Nombres Usados – Incluir Nombres de Soltera, Apodos, Alias

Relación con el
solicitante

Grupo étnico / racial (marque todos los que correspondan)

- Negro (no de origen hispano) Indígena americano / Nativo de Alaska
 Asiático o de las Islas del Pacífico
(incluye origen del subcontinente indio) Hispano (Mexicano, portorriqueño u otras culturas hispanas)
 Blanco

Origen

- Asiático o de las islas del Pacífico
 Negro
 Indígena americano
 Blanco

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

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa)

Género

- Masculino
 Femenino

Número de seguro social

Otros Nombres Usados – Incluir Nombres de Soltera, Apodos, Alias

Relación con el
solicitante

Grupo étnico / racial (marque todos los que correspondan)

- Negro (no de origen hispano) Indígena americano / Nativo de Alaska
 Asiático o de las Islas del Pacífico
(incluye origen del subcontinente indio) Hispano (Mexicano, portorriqueño u otras culturas hispanas)
 Blanco

Origen

- Asiático o de las islas del Pacífico
 Negro
 Indígena americano
 Blanco

V. OTROS ADULTOS EMPLEADOS POR USTED EN SU CASA

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

Fecha de nacimiento
(mm/dd/aaaa)

Género

- Masculino
 Femenino

Número de seguro social

Otros Nombres Usados – Incluir Nombres de Soltera, Apodos, Alias

Relación con el
solicitante

Grupo étnico / racial (marque todos los que correspondan)

- Negro (no de origen hispano) Indígena americano / Nativo de Alaska
 Asiático o de las Islas del Pacífico
(incluye origen del subcontinente indio) Hispano (Mexicano, portorriqueño u otras culturas hispanas)
 Blanco

Origen

- Asiático o de las islas del Pacífico
 Negro
 Indígena americano
 Blanco

VI. Explique por qué la madre o el padre no pueden cuidar al niño.

VII. ¿Usted o cualquier otro adulto que viva o trabaje en su casa tiene algún arresto o condena? De ser así, enumérelos abajo. (Se realizarán verificaciones de arrestos o de antecedentes a todos los adultos de su vivienda.)

Nombre	Delito	Arresto o condena	Fecha aproximada

VIII. DOCUMENTACIÓN

A. Debe proporcionar pruebas de que un padre está difunto, encarcelado o institucionalizado.

1. Si uno de los padres del niño está difunto, debe adjuntar una copia del certificado de defunción del padre.
2. Si uno de los padres del niño está encarcelado o institucionalizado, debe adjuntar una copia de una carta de la cárcel, prisión o institución que indique que el padre está allí.

B. Copia de Orden de Tutela

Si es el tutor legal del menor, envíe una copia de la orden de tutela. Adjunte toda la documentación a la solicitud completada.

C. Tiene la obligación de proporcionar un comprobante por escrito de que el niño está viviendo con usted. Puede enviar el formulario adjunto de la Documentación de Residencia del Menor (DCF–F–CFS2099A-S). El formulario adjunto es prueba razonable de la residencia de un menor si está completado y firmado por un funcionario de la escuela del menor, el consultorio médico del niño o el centro de cuidado infantil del niño. Esto no incluye amigos, vecinos ni parientes.

Adjunte toda la documentación a la solicitud completada y envíe todo el material a:

**Kinship Care Program
Professional Services Group, Inc.
1126 South 70th Street, Suite N200
West Allis, WI 53214**

IX. CERTIFICACIÓN

Yo, el que suscribe, cuidador y pariente, doy fe de lo siguiente:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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 las preguntas y enunciados de este formulario de solicitud. Entiendo las penalidades por dar información falsa o por quebrantar las normas. Certifico que soy consciente de que si doy información falsa bajo juramento puedo ser procesado penalmente por jurar en falso. Entiendo y acepto proporcionar los documentos para demostrar lo que he dicho. Entiendo que la agencia puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener los comprobantes necesarios de mi elegibilidad.

Nombre – Solicitante (en imprenta)

FIRMA – Solicitante

Fecha de la firma

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@psqcip.com.)