

Verificación Escolar de Kinship Care KINSHIP CARE SCHOOL VERIFICATION

Uso del formulario: Este formulario debe ser completado por parientes que están recibiendo beneficios Kinship Care para un menor que tiene, o pronto tendrá, 18 años de edad o más, pero menos de 19 años. Un menor de 18 años debe estar inscripto jornada completa en la escuela secundaria o en un programa con diploma de escuela secundaria alternativo, estar en buena posición académica y de quien se espere graduarse para seguir calificando para el programa Kinship Care. El formulario debe ser firmado tanto por el pariente cuidador como por un funcionario de la escuela. Este formulario proporciona verificación de elegibilidad para Kinship Care según lo exigido en s.48.57(3m) and 48.57(3n), Stats. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Sección I Debe ser completada por el pariente cuidador.

Nombre – Menor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento – del Menor (mm/dd/aaaa)
Nombre – Pariente cuidador	Dirección – Pariente cuidador (Calle, ciudad, estado, código postal)	

Sí **No**

- El menor designado arriba está inscripto jornada completa en una escuela secundaria o en un programa equivalente a una escuela secundaria (o si la escuela no está en sesiones actualmente, el menor estuvo inscripto durante el semestre anterior y estará inscripto durante el próximo semestre).
- El menor designado arriba está logrando un nivel de éxito que le permitirá graduarse y se espera razonablemente que se gradúe de la escuela secundaria o que obtenga un diploma equivalente al de la escuela secundaria.

Fecha – graduación esperada (mm/dd/aaaa)

FIRMA – Pariente cuidador	Fecha de la firma
----------------------------------	-------------------

Sección II Debe ser completada por un funcionario de la escuela o del programa equivalente en el que está inscripto el menor.

Certifico que la información proporcionada por el pariente cuidador designado arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre – Oficial de la escuela (Escriba en letra de molde)	Cargo – Oficial de la escuela (Escriba en letra de molde)
FIRMA – Funcionario de la escuela	Fecha de la firma

Nombre – Escuela / Programa académico (Escriba en letra de molde)

NOTA: La agencia Kinship Care mantendrá una copia de este formulario en el expediente del caso.
Este formulario **NO** debe enviarse al Department of Children and Families.