DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES
Division of Safety and Permanence

Solicitud de Becas de DCF para Jóvenes Cuidados fuera de su Casa

DCF SCHOLARSHIP APPLICATION FOR YOUTH IN OUT-OF-HOME CARE

NOTA: Las instrucciones para completar la solicitud se encuentran en la página 1. La página 2 es la solicitud.

Uso del formulario: El Department of Children and Families (DCF) Scholarship Program otorga fondos para becas para jóvenes que han sido cuidados fuera de la casa y están ingresando a un programa de grado, licencia o certificado. La provisión de su número de seguro social (SSN) es voluntaria, pero no proporcionarlo podría causar una demora en el procesamiento de la información. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Requisitos de elegibilidad

Para calificar para recibir una DCF Scholarship, el solicitante debe:

- Haber estado en una colocación fuera de la casa (OHC, out-of-home care) ordenada por el juez (Ch. 48 or 938) (kinship, hogar de crianza, casa grupal o centro de cuidado residencial) y haber dejado el OHC a la edad de 18 años o más; o
- Estaba en una colocación fuera de la casa (OHC, out-of-home care) cuando cumplió 16 años y fue a tutela o adopción ordenada por el juez desde la colocación fuera de la casa en cualquier momento después de cumplir 16 años.
- Haber pasado la edad de colocación en OHC en otro estado pero haberse vuelto residente permanente de Wisconsin antes de asistir a una institución postsecundaria de Wisconsin.
- Ser aceptado en una institución postsecundaria (es decir, universidad, programa vocacional o técnico) en el momento en el que se presenta la solicitud.
- Tener 20 años o menos, a menos que esté inscripto en un programa postsecundario y reciba la DCF Scholarship el día en el que cumple 21 años, prorrogando así la elegibilidad hasta el cumpleaños número 23 del alumno.

Las becas se pueden otorgar hasta el costo de la asistencia y no pueden superar los $5.000. Los fondos para todas las becas **se pagarán directamente a la institución**. Los fondos no se pueden usar para programas de difusión, de enriquecimiento educativo, para programas especiales para alumnos ni para ningún otro costo de participación en el programa. Los fondos que no se usen se devolverán a DCF.

Instrucciones:

Este formulario debe completarse en su totalidad para que se considere la beca. Los formularios incompletos se devolverán al solicitante. Se debe completar un nuevo formulario para cada adjudicación que se solicite. Además, los siguientes documentos son obligatorios:

- Un formulario de solicitud de DCF completado en su totalidad, y
- Para los candidatos que solicitan la beca por primera vez, una copia de la carta de aceptación de la institución de educación superior.
- Para los solicitantes que han recibido previamente esta beca, prueba de haber completado con éxito los semestres anteriores se debe incluir **con** la solicitud una copia de las calificaciones y/o créditos universitarios obtenidos durante el período en el que se recibió esta beca.
- Para los solicitantes de 21 años de edad o más, prueba de asistencia a la universidad y participación en DCF Scholarship Program cuando cumplen 21.

Enviar la solicitud completa a:

Joven en hogar de crianza de Milwaukee County	Mary L. Kennedy, Coordinadora del Programa Division of Milwaukee Child Protective Services 635 N. 26th St Milwaukee, WI 53233 Teléfono: (414) 343-5713 Correo electrónico: mary.kennedy@wisconsin.gov Fax: (414) 220-7062
Joven en hogar de crianza de condados o tribus ubicados fuera de Milwaukee County	Christine Lenske, Coordinadora de Vida Independiente Department of Children and Families P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 Teléfono: (608) 422-6990 Correo electrónico: christine.lenske@wisconsin.gov Fax: (608) 266-0260

Solicitud de Becas de DCF para Jóvenes Cuidados fuera de su Casa

DCF SCHOLARSHIP APPLICATION FOR YOUTH IN OUT-OF-HOME CARE

(Los solicitantes recibirán una adjudicación por año y las adjudicaciones no son transferibles)

Nombre - Solicitante (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Género ☐ Masculino ☐ Femenino

Dirección postal actual (Calle, ciudad, estado, código postal):	Teléfono
Correo electrónico	Condado de residencia

Hispano / latino	Raza (marque todas las que correspondan)
☐ Sí ☐ No	☐ Blanco ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico ☐ Otro

Último grado finalizado	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa)
Nombre - Última escuela a la que asistió	Lugar de la última escuela a la que asistió (Ciudad, estado)

ENVIAR ADJUDICACIÓN DE BECA A:

Nombre – Universidad o Escuela Técnica / Vocacional	Teléfono – Oficina comercial

Dirección postal de la oficina comercial (Calle, ciudad, estado, código postal):

Fecha de inscripción	Área principal de capacitación / campo	Monto de beca solicitado $

Indicar el período de tiempo de la Scholarship (Elegir uno)

☐ Todo el año escolar ☐ Semestre de otoño ☐ Semestre de primavera

☐ Otro: Desde: _____ (mm/dd/aaaa) Hasta: _____ (mm/dd/aaaa)

Costos de educación para el período de la beca solicitado

Matrícula y tarifas: $ _____

Libros: $ _____

Costo total: $ _____

Otros recursos financieros solicitados o recibidos (marcar todos los que correspondan)

☐ County Education and Training Voucher (ETV) $ _____

☐ Ahorros $ _____ ☐ Apoyo familiar $ _____

☐ Subsidios $ _____ ☐ Préstamos $ _____

☐ Estudio trabajo $ _____ ☐ Otro $ _____

El Department of Human or Social Services local puede contar con fondos adicionales disponibles para costos relacionados con la educación o capacitación postsecundaria. Para obtener más información, comuníquese con Independent Living Coordinator de su condado o tribu.

Condado que supervisa la colocación fuera de su casa	Nombre – Trabajador social del condado o Coordinador de Vida Independiente
Cantidad total de años / meses en cuidado fuera de la casa después de la edad de 15	Fecha en la que salió del cuidado fuera de la casa (mm/dd/aaaa)
Nombre – Persona que asiste con la solicitud (si corresponde)	Teléfono

☐ Sí ☐ No	Entiendo que debo lograr un desempeño satisfactorio para seguir siendo elegible para DCF Scholarship Program. También entiendo que tengo la obligación de presentar una prueba de desempeño para solicitudes y adjudicaciones subsiguientes.
☐ Sí ☐ No	Permiso otorgado para el intercambio y divulgación de información relacionada con los registros educativos, de asistencia financiera y/o facturación según sea solicitado por el programa DCF Scholarship a los fines de los fondos para la educación postsecundaria. Además, permiso para divulgar y/o intercambiar información relativa a mis necesidades y/o apoyos académicos.
☐ Sí ☐ No	DCF o el establecimiento educativo puede comunicarse conmigo con respecto a oportunidades relacionadas con ex alumnos provenientes de hogares de crianza para jóvenes.

FIRMA – Solicitante	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

Este programa de becas se pone a disposición a través de Federal Chafee Foster Care Independence Program, Education and Training Vouchers Program. Scholarships son otorgadas por State of Wisconsin Department of Children and Families.