

## Denegación de Pago de Kinship Care y Derechos de Apelación KINSHIP CARE DENIAL OF PAYMENT AND APPEAL RIGHTS

**Uso del formulario:** El uso de este formulario es voluntario; sin embargo, si se completa se cumplen los requisitos de s.48.57(3m) de Wisconsin Statutes. La información que identifique a una persona recabada en este formulario es confidencial y será utilizada para identificar y determinar si se reúnen las condiciones para el pago únicamente. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Nombre – Proveedor	Número de Proveedor	Fecha en que se envió la denegación
Nombre – Menor	Nombre – Caso	Número de caso

Su solicitud de pago de Kinship Care Program ha sido denegada o el caso del menor antes mencionado se está cerrando por las siguientes razones:

1. No hay una necesidad evidente para el arreglo de vivienda (es decir, el menor podría residir con su/s padre/s) y las necesidades del menor se podrían satisfacer adecuadamente). [s.48.57(3m)(am)1.]
2. Este arreglo de vivienda no es lo que más beneficia al menor.
- No hay orden judicial que coloque al menor en su casa y/o los padres del menor no están de acuerdo con este arreglo de vivienda. [s.48.57(3m)(am)1.]
  - Sus antecedentes y capacidad para la crianza de los hijos incluyen conductas o acciones que son contrarias a la salud, seguridad o bienestar del menor. [s.58.10(2)(2a)]
  - Un menor que reside en su casa ha cometido actos delictivos u otros que ponen en peligro la seguridad del menor o podrían afectar negativamente al menor por el que se hace el pago de kinship care. [s.58.10(2)(2b)]
  - Uno de los padres reside en su casa
3. El menor no cumple ahora con los criterios de ser un niño o joven que necesita protección o servicios y no es probable que él o ella cumpla con esos criterios en el futuro. [s.48.57(3m)(am)2.]
4. No ha cooperado con la agencia en el proceso de solicitud. La razón de esta determinación es la siguiente:
- No ha cooperado con el proceso de derivación de mantenimiento de menores y la exención de Good Cause no ha sido otorgada.
  - Ha proporcionado información falsa en la solicitud o en la revisión anual.
  - No ha cooperado con el requisito de licenciamiento (sólo con orden judicial)
  - No cumplió con el requisito de cooperar con el proceso de reevaluación anual.
5. El menor actualmente está recibiendo un beneficio de SSI (por su propia cuenta). [s.48.57(3m)(am)6.]
6. Los requisitos de antecedentes penales no se han cumplido satisfactoriamente. Específicamente, usted, \_\_\_\_\_, otro residente adulto de su casa, \_\_\_\_\_, o una persona empleada por usted, \_\_\_\_\_, que tendría contacto regular con el menor tiene un/a:
- Condena por delito grave según Ch.961
  - Condena según Chs. 939, 940, 944, or 948
  - Aumento de la pena contra usted
  - Condena por otro delito que afectaría negativamente al menor o su capacidad de cuidar al menor
  - Condena por un delito en otro estado, que es comparable con los cargos indicados arriba
  - Antecedentes o arresto(s) que pueden afectar negativamente su capacidad de cuidar al menor
7. No ha firmado una declaración que indique que ni usted ni ningún otro adulto que vive en la vivienda o es empleado por usted, que tendría contacto regular con el menor, haya tenido ningún antecedente de contacto con una agencia de servicios de protección de menores o arrestos o condenas que podrían afectar negativamente al menor o su capacidad de cuidarlo. [s.48.57(3m)(am)(4m)]
8. No ha notificado al departamento cuando un menor ya no reside en su casa.
9. No es un pariente según lo definido en s.58.03(18).

10. Su solicitud de Kinship Care (recibida el \_\_\_\_\_) está suspendida debido a la denegación o terminación de los beneficios el \_\_\_\_\_. Sigue sin calificar para el programa debido a la continuación de las razones o factores indicados en la denegación o terminación anterior.
11. No ha cumplido con el requisito indicado en [s.48.57(3m)(am)(4)], de informar cuándo una persona se muda a su casa, se convierte en empleado o posible empleado que estaría sujeto a verificación de antecedentes penales.
12. Otro: \_\_\_\_\_

### Proceso de Apelación

Si desea apelar esta decisión, debe cumplir con las indicaciones marcadas abajo:

- Esta denegación se basa en los Números 1-5, u 8-10 de arriba (es decir, no relacionados con una verificación de antecedentes penales); debe presentar un pedido por escrito de una audiencia a Division of Hearing and Appeals, P.O. Box 7875, Madison, WI 53707, **dentro de los 45 días desde que se envió la denegación (arriba de la primera página). Todo pedido de una apelación presentado después de los 45 días será denegado.**
- Esta denegación se basa en los Números 6-7 u 11 de arriba (es decir, relacionados con una verificación de antecedentes penales); debe presentar un pedido por escrito para la revisión de la decisión al Director of the County Department of Human / Social Services. Si el Bureau of Milwaukee Child Welfare lo denegó, debe presentar un pedido por escrito para la revisión de la decisión al Director of Bureau of Milwaukee Child Welfare. Este pedido de revisión debe presentarse **dentro de los 45 días desde que se envió la denegación (arriba de la primera página). Todo pedido de una apelación presentado después de los 45 días será denegado.**

\_\_\_\_\_  
Nombre – County Agency Contact

\_\_\_\_\_  
Dirección – County Agency

\_\_\_\_\_  
Teléfono – County Agency Contact

\_\_\_\_\_  
Correo electrónico – County Agency Contact

- Esta denegación se basa en razones indicadas tanto en los Números 1-5 como en los Números 6-9; debe pedir tanto una audiencia como una revisión (siguiendo las indicaciones dadas en los Números 1 y 2 arriba).
- Este formulario sirve de notificación de la terminación de su pago actual de Kinship Care. **Debe pedir una revisión o presentar una apelación dentro de los 10 días desde la fecha en que se envió la denegación (arriba de la primera página) para garantizar el pago continuo durante el proceso de apelación/revisión.** Si su pedido no se recibe dentro de los diez días, los pagos actuales de Kinship Care podrían terminarse.

\_\_\_\_\_  
County

\_\_\_\_\_  
Nombre – Trabajador

\_\_\_\_\_  
Cargo – Trabajador