

Solicitud conjunta de Kinship Care y Foster Care por orden judicial – Parte A

JOINT COURT ORDERED KINSHIP CARE AND FOSTER CARE APPLICATION - PART A

Uso del formulario: El uso de este formulario es obligatorio; si se completa se cumplen los requisitos de s.48.57(3m) of Wisconsin Statutes. Este formulario debe ser utilizado por todos los solicitantes de Kinship Care por orden judicial. 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 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].

Instrucciones: La Parte A de esta solicitud debe ser completada y proporcionada a la agencia antes del inicio de los pagos de Kinship Care. La Parte B de la solicitud de Foster Care debe ser completada dentro de los 45 días de su firma en la Parte A de este formulario. El proceso de solicitud de cuidado de crianza incluye proporcionar una Parte B completa de esta solicitud, reunirse con el personal de la agencia para las entrevistas, permitir una inspección física de su casa y proporcionar la información obligatoria para completar las verificaciones de antecedentes. Si no se cumplen todos los pasos, se podría terminar el pago según Ch. DCF 58.08(1)(b). Admin. Code.

Complete la Sección I. para cada niño para el que pide reembolso de Kinship Care. La solicitud incluye espacio para dos cuidadores. Si hubiera otros solicitantes que fueran cuidadores, puede adjuntar secciones adicionales. La agencia también proporcionará formularios para las verificaciones de antecedentes obligatorias tanto para el programa Kinship Care como Foster Care. Para obtener más información o para obtener ayuda para completar este formulario, sírvase comunicarse con la persona que le proporcionó este formulario.

I. MENOR BAJO EL CUIDADO DE UN PROVEEDOR (SOLICITUD DE LICENCIA)

Nombre - Menor (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento	Número de seguro social
Fecha de la orden judicial	Número de causa eWiSACWIS	Número de causa judicial	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El menor recibe seguro social suplementario (SSI) en su propio nombre? Si la respuesta es "Sí", él o ella no reúne las condiciones para recibir pagos de Kinship Care.			

Etnicidad (Marque al menos un casillero y puede marcar hasta tres casilleros)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otro |

Relación con el cuidador:	Fecha en la que comenzó a vivir con el cuidador
---------------------------	---

Nombre – Padre 1 del menor pariente		Fecha de nacimiento	Teléfono – Particular
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Nombre – Padre 2 del menor pariente		Fecha de nacimiento	Teléfono – Particular
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal

II. CUIDADOR/ES:

CUIDADOR 1 Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es residente de Wisconsin? Si la respuesta es "Sí", ¿desde hace cuánto?	
Teléfono – Particular	Teléfono – Trabajo	Teléfono – Celular	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es pariente del menor? Si es "Sí", especifique la relación:		Número de la licencia de conducir y estado	
Dirección actual – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal si es diferente a la indicada arriba			

Direcciones previas en los últimos 5 años (Incluidos otros estados o países)			
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Social Security	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino / Latina
---------------------	--	---------------------------	--

Etnicidad (Marque al menos un casillero y puede marcar hasta tres casilleros)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro

Estado civil

<input type="checkbox"/> Soltero – nunca se casó	<input type="checkbox"/> Divorciado
<input type="checkbox"/> Casado – viven juntos	<input type="checkbox"/> Viudo
<input type="checkbox"/> Casado – pero separado	

Nivel de educación

_____ Ingrese el nivel más alto de educación logrado.

01 a 11	Nivel de grado finalizado en escuela primaria / secundaria. Ingrese el último grado finalizado.
12	Diploma de secundaria, GED o National External Diploma Program
13	Obtuvo Associate's Degree
14	Obtuvo Bachelor's Degree
15	Obtuvo Graduate Degree (Master's o superior)
16	Otras credenciales (títulos, certificados, diplomas, etc.)
98	Sin educación formal

Estado laboral actual

Empleado Desempleado No está en la fuerza laboral (no está buscando trabajo, jubilado, incapacitado, etc.)

CUIDADOR 2 Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre) Sí No ¿Es residente de Wisconsin?
Si la respuesta es "Sí", ¿desde hace cuánto?

Teléfono – Particular	Teléfono – Trabajo	Teléfono – Celular
-----------------------	--------------------	--------------------

Sí No ¿Es pariente del menor?
Si es "Sí", especifique la relación:

Número de la licencia de conducir y estado

Dirección actual – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
--------------------------	--------	--------	---------------

Dirección postal si es diferente a la indicada arriba

Direcciones previas en los últimos 5 años (Incluidos otros estados o países)			
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Dirección – Calle		Ciudad		Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de seguro social	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino / Latina		

Etnicidad (Marque al menos un casillero y puede marcar hasta tres casilleros)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de las Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Indígena americano / Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otro |

Estado civil

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soltero – nunca se casó | <input type="checkbox"/> Divorciado |
| <input type="checkbox"/> Casado – viven juntos | <input type="checkbox"/> Viudo |
| <input type="checkbox"/> Casado – pero separado | |

Nivel de educación

Ingrese el nivel más alto de educación logrado.

- | | |
|---------|---|
| 01 a 11 | Nivel de grado finalizado en escuela primaria / secundaria. Ingrese el último grado finalizado. |
| 12 | Diploma de secundaria, GED o National External Diploma |
| 13 | Obtuvo Associate's Degree |
| 14 | Obtuvo Bachelor's Degree |
| 15 | Obtuvo Graduate Degree (Master's o superior) |
| 16 | Otras credenciales (títulos, certificados, diplomas, etc.) |
| 98 | Sin educación formal |

Estado laboral actual

- Empleado Desempleado No en la fuerza laboral (no está buscando trabajo, jubilado, incapacitado, etc.)

III. EMPLEADOS DEL CUIDADOR PARIENTE QUE TENDRÍAN CONTACTO REGULAR CON EL MENOR

1. Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular	
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Sí No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?

2. Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular	
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Sí No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?

3. Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Teléfono – Particular	
Dirección – Calle	Ciudad	Estado	Código postal

Sí No ¿Es residente de Wisconsin? Si es "Sí", ¿desde hace cuánto?

IV. CONFIRMACIÓN

Yo, el Cuidador que suscribe, doy fe de lo siguiente:

- 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.
- 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.
- Me comunicaré con la agencia antes de que el pariente menor para quien se hace un pago de Kinship Care se vaya de mi casa o dentro de los tres (3) días hábiles después de que esto ocurra.
- Asistiré a la agencia en todo lo que sea posible para derivar a los padres del pariente menor identificado arriba a la agencia de mantenimiento de menores.
- 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.
- Cooperaré y me reuniré con la agencia para completar el proceso de licenciamiento de cuidado de crianza dentro de los 45 días de mi firma abajo. Entiendo que si no completo el proceso de licenciamiento de cuidado de crianza con la agencia en los 45 días siguientes proporcionando una Parte B completa de la solicitud, reuniéndome con el personal de la agencia para las entrevistas, permitiendo una inspección física de mi casa y proporcionando la información obligatoria para completar las verificaciones de antecedentes, se determinará que no estoy en cumplimiento con s. 48.57(3m)(am)1.Wis. Stats. y Ch. DCF 58.04(1) Admin. Code y la agencia procederá con la terminación del pago en virtud de Ch. DCF 58.08(1)(b). Admin. Code.

Si alguien que no sea el/los solicitante/s hubiese ayudado a completar este formulario, al firmar abajo usted reconoce que es exacto según lo indicado por el/los solicitante/s.

FIRMA – Persona distinta al Solicitante/s que ayudó a completar el formulario	Relación con el/los Solicitante/s	Fecha de la firma
--	-----------------------------------	-------------------

Certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

FIRMA – Cuidador 1	Fecha de la firma
FIRMA – Cuidador 2	Fecha de la firma
FIRMA – Cuidador 3	Fecha de la firma

Solicitud conjunta de Kinship Care y Foster Care por Orden Judicial - Parte B JOINT COURT ORDERED KINSHIP CARE AND FOSTER CARE APPLICATION - PART B

Uso del formulario: El uso de este formulario es obligatorio; si se completa junto con la parte A se cumplen los requisitos de s.48.57(3m) of the Wisconsin Statutes Este formulario debe ser utilizado por todos los solicitantes de Kinship Care por orden judicial. 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 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].

Instrucciones: La Part A de esta solicitud debe ser completada y proporcionada a la agencia antes del inicio de los pagos de Kinship Care. La Parte B de la solicitud de Foster Care debe ser completada dentro de los 45 días de su firma en la Parte A de este formulario. El proceso de solicitud de cuidado de crianza incluye proporcionar una Parte B completa de esta solicitud, reunirse con el personal de la agencia para las entrevistas, permitir una inspección física de su casa y proporcionar la información obligatoria para completar las verificaciones de antecedentes. Si no se cumplen todos los pasos, se podría terminar el pago según Ch. DCF 58.08(1)(b). Admin. Code.

La solicitud incluye espacio para dos cuidadores. Si hubiera otros solicitantes que fueran cuidadores, puede adjuntar secciones adicionales. La agencia también proporcionará formularios para las verificaciones de antecedentes obligatorias tanto para el programa Kinship Care como Foster Care. Para obtener más información o para obtener ayuda para completar este formulario, sírvase comunicarse con la persona que le proporcionó este formulario.

I. CUIDADOR(ES)

CUIDADOR 1 Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Estado general de salud

Sí No ¿Tiene seguro médico familiar? Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre de la compañía.

Describa su estado actual de salud y toda condición para la que reciba o haya recibido tratamiento en el pasado.

Enumere los medicamentos actuales y las razones por las que los toma.

Enumere todas las internaciones, razones y fechas.

Servicio militar

Sí No ¿Alguna vez estuvo en el servicio militar? Si la respuesta es "Sí", en qué rama:

Fecha de enlistamiento

Fecha de alta

Tipo de alta

Estado laboral actual

Empleado Desempleado No está en la fuerza laboral (no está buscando trabajo, jubilado, incapacitado, etc.)

Ocupación / cargo:

Empleador actual:

Dirección del empleador (Calle, ciudad, estado, código postal):

Fecha de inicio del empleo:

Nombre del supervisor:

Obligaciones:

Sí No ¿Tiene un plan de jubilación?

Horas de trabajo y días de la semana:

Antecedentes de empleo (Últimos 10 años)

Empleador	Puesto	Responsabilidades	Fechas de empleo	Razón por la que se fue

Ingreso actual (Incluya todas las fuentes de asistencia pública o seguro social)

Ingreso mensual total: \$ _____

Child Support: \$ _____ Maintenance: \$ _____ Desempleo: \$ _____

Adoption Assistance: \$ _____ Kinship Care: \$ _____

¿De qué agencia? _____

SSI: \$ _____ SSD: \$ _____ SSA: \$ _____

Supplemental: \$ _____

Historia de licencia de Foster Care

Sí No ¿Alguna vez solicitó o le han otorgado una licencia de cuidado de crianza o licencia de cuidado infantil?

Nombre del organismo que otorgó la licencia:	Tipo	Fecha de la solicitud:	Período de la licencia	Razón de cierre

Yes No ¿Alguna vez se le revocó una licencia o una certificación?
Si la respuesta es "Sí", proporcione fecha, razón y qué organismo la revocó.

Sí No ¿Alguna vez solicitó adopción?
Si respondió que "Sí", por favor explique:

CUIDADOR 2 Nombre (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Estado general de salud

Sí No ¿Tiene seguro médico familiar? Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre de la compañía.

Describa su estado actual de salud y toda condición para la que reciba o haya recibido tratamiento en el pasado.

Enumere los medicamentos actuales y las razones por las que los toma.

Enumere todas las internaciones, razones y fechas.

Servicio militar

Sí No ¿Alguna vez estuvo en el servicio militar? Si es "Sí", en qué rama:

Fecha de enlistamiento

Fecha de alta

Tipo de alta

Estado laboral actual

Empleado Desempleado No está en la fuerza laboral (no está buscando trabajo, jubilado, incapacitado, etc.)

Ocupación / cargo:

Empleador actual:

Dirección del empleador (Calle, ciudad, estado, código postal):

Fecha de inicio del empleo:

Nombre del supervisor:

Obligaciones:

Sí No ¿Tiene un plan de jubilación?

Horas de trabajo y días de la semana:

Antecedentes de empleo (Últimos 10 años)

Empleador	Puesto	Responsabilidades	Fechas de empleo	Razón por la que se fue

Ingreso actual (Incluya todas las fuentes de asistencia pública o seguro social)

Ingreso mensual total: \$ _____

Child Support: \$ _____ Maintenance: \$ _____ Desempleo: \$ _____

Adoption Assistance: \$ _____ Kinship Care: \$ _____

¿De qué agencia? _____

SSI: \$ _____ SSD: \$ _____ SSA: \$ _____

Supplemental: \$ _____

Historia de licencia de Foster Care

Sí No ¿Alguna vez solicitó o le han otorgado una licencia de cuidado de crianza u otra licencia de cuidado infantil?

Nombre del organismo que otorgó la licencia:	Tipo	Fecha de la solicitud:	Período de la licencia	Razón de cierre

Sí No ¿Alguna vez se le revocó una licencia o una certificación?
Si la respuesta es "Sí", proporcione fecha, razón y qué organismo la revocó.

Sí No ¿Alguna vez solicitó adopción?
Si respondió que "Sí", por favor explique:

II. VIVIENDA (Otros adultos que no proporcionan cuidado y niños)

Enumere **TODOS** sus hijos biológicos y/o adoptivos ya sea que vivan en su casa o no.

Nombre - Apellido, nombre, inicial del segundo nombre (en imprenta)	Edad	Género	Fecha de nacimiento (mm/dd/año)	Vive en la casa	Para los que vivan en la casa, enumere toda condición médica o medicamento
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Enumere los nombres e información de **TODAS LAS DEMÁS** personas que viven en su casa.

Marque si ninguna otra persona vive en su casa.

Nombre - Apellido, nombre, inicial del segundo nombre (en imprenta)	Edad	Género	Fecha de nacimiento (mm/dd/año)	Seguro social Número	Licencia de conducir de WI O No. de ID del estado (si tiene 18 o más)	Relación
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

Sí No ¿Tiene alguna mascota?

Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo y cuántas?

Sí No ¿Las vacunas de el/los animal/es están actualizadas?

III. ASPECTO FINANCIERO

Sí No ¿Tiene seguro de propietario o inquilino?

Si la respuesta es "Sí", proporcione el nombre de la compañía y el número de póliza.

Gastos mensuales de la vivienda	
Renta o hipoteca	
Calefacción y servicios públicos	
Supermercado	
Recreación / entretenimiento	
Transporte	
Compras en cuotas	
Ahorros	
Ropa	
Contribuciones a la caridad	
Primas de seguro	
Médico / dental	
Gastos de la vivienda	
Gastos en educación	
Otros gastos	
Total	

IV. DESCRIPCIÓN DE LA RESIDENCIA ACTUAL

Años de la vivienda	Pies cuadrados	Cantidad de dormitorios	Cantidad de baños	Cantidad total de ambientes
---------------------	----------------	-------------------------	-------------------	-----------------------------

Pies cuadrados del dormitorio del hijo sustituto	Tipo de vivienda (Casa, departamento, dúplex, móvil, casa unifamiliar en un grupo de casas semejantes (<i>town home</i>))
--	---

Tipo de plomería / cámara séptica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿La plomería / cámara séptica cumple con los códigos?
-----------------------------------	---

Tipo de instalación eléctrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿La instalación eléctrica cumple con los códigos?
-------------------------------	---

Tipo de calefacción / aire acondicionado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿La calefacción / el aire acondicionado cumple con los códigos?
--	---

Enumere toda reparación que necesite la casa.

Enumere todo peligro interno (chimeneas, escaleras, etc.).

Enumere todo peligro externo (lago, río, calles transitadas, vías del ferrocarril, etc.).

Enumere toda maquinaria agrícola, edificación anexa, piscina externa u otra maquinaria peligrosa.

Enumere toda arma de fuego u otras armas en la casa. Especifique cómo se guardan las armas y las municiones.

V. CONFIRMACIÓN

Yo, el solicitante que suscribe, acepto cumplir con los requisitos fijados en Ch. DCF 56 Admin. Code.

Si alguien que no sea el/los solicitante/s hubiese ayudado a completar este formulario, al firmar abajo usted reconoce que es exacto según lo indicado por el/los solicitante/s.

FIRMA – Persona distinta al Solicitante/s que ayudó a completar el formulario	Relación con el/los Solicitante/s	Fecha de la firma
---	-----------------------------------	-------------------

Certifico que la información proporcionada arriba es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

FIRMA – Cuidador 1	Fecha de la firma
FIRMA – Cuidador 2	Fecha de la firma
FIRMA – Cuidador 3	Fecha de la firma