

Verificación de Relación de Parentesco
KINSHIP RELATIONSHIP VERIFICATION

Este documento tiene el fin de verificar la relación de parentesco del cuidador y del niño o niños que han sido colocados en la casa del cuidador. La información personal que usted proporcione puede usarse para otros propósitos secundarios [Ley de Privacidad, s.15.04 (1)(m), Estatutos del Estado de Wisconsin].

Nombre del cuidador: _____

Naturaleza de la relación: _____

Nombre(s) del/los niño(s): _____

"Pariente" significa padrastro/madrastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, medio hermano, media hermana, cuñado, cuñada, primo hermano, primo segundo, sobrino, sobrina, tío, tía, tíastro, tíastra, o cualquier persona que preceda en la generación según lo denotado por el prefijo bis, tática, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción legal o el cónyuge de cualquier persona designada en esta subsección, incluso aunque el matrimonio sea terminado por muerte o divorcio. A los fines de la aplicación de s. 48.028 y de la ley federal Indian Child Welfare Act, 25 USC 1901 a 1963, "pariente" incluye a un miembro de la familia ampliada, según lo definido en la s. 48.028 (2)(am), ya sea por consanguinidad, matrimonio o adopción, incluida la adopción en virtud de la ley tribal o particular Ch. 48.02(15). Pariente según lo definido en DCF 58 Eligibility for the Kinship Care and Long-Term Kinship Care Program, Wisconsin Administrative Code DCF 58.03(18).

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

_____ Nombre – Padre(s) (EN LETRA DE MOLDE)	_____ FIRMA – Padre/Madre	_____ Fecha de la firma
_____ Nombre – Pariente que cuida al menor (EN LETRA DE MOLDE)	_____ FIRMA – Pariente que cuida al menor	_____ Fecha de la firma
_____ Nombre – Representante de la agencia (EN LETRA DE MOLDE)	_____ FIRMA – Representante de la agencia	_____ Fecha de la firma

Si el padre/madre no puede firmar, que otro pariente firme abajo confirmando la relación entre el cuidador y el/los niño/s según lo indicado arriba.

_____ Nombre – Otro pariente (EN LETRA DE MOLDE)	_____ FIRMA – Otro pariente	_____ Fecha de la firma
---	---------------------------------------	----------------------------

Routing – Send completed form to:
SaintA: Child Specific Resource Specialist
Children's Hospital of Wisconsin Community Services: Designated Intake Specialist

Filing: Scan to eWiSACWIS Provider tab

La información personal que usted proporcione puede usarse para otros propósitos secundarios [Ley de Privacidad, s.15.04 (1)(m), Estatutos del Estado de Wisconsin].