

# ACUERDO MUTUO RELACIONADO AL PROGRAMA DE Kin-GAP PARA PERSONAS QUE TIENEN 18 AÑOS

NOMBRE DEL CASO
FECHA DE NACIMIENTO
NÚMERO DEL CASO

Solicito que el Departamento de Bienestar Público o la Oficina de Libertad Condicional del Condado de \_\_\_\_\_ o la tribu \_\_\_\_\_ continúe mi pago del Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son los Tutores Legales de un Menor (Kin-GAP) hasta que yo haya completado mi educación/entrenamiento antes de cumplir los 19 años.  
 (ponga un círculo alrededor de la agencia encargada)

Tomando en cuenta mi responsabilidad, estoy de acuerdo en:

1. Ayudarle a la oficina/agencia pública responsable a determinar mi necesidad económica y mi elegibilidad mientras que estoy recibiendo un pago del Programa de Kin-GAP.
2. Informarle a la oficina/agencia pública responsable acerca de mi progreso en el programa escolar/de entrenamiento.
3. Dar un plazo de aviso razonable si voy a estar fuera del hogar de mi tutor legal por más que una ausencia temporal.

FIRMA DEL JOVEN EN EL PROGRAMA DE KIN-GAP		TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD DEL JOVEN EN EL PROGRAMA DE KIN-GAP
DIRECCIÓN		DIRECCIÓN
NÚMERO DE TELEFONO ( )	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO ( )	NÚMERO DE TELEFONO ( )
FECHA		FECHA