

DECLARACIÓN DE DATOS QUE RESPALDAN LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA DEL PROGRAMA DE PAGOS DE ASISTENCIA PARA PARIENTES QUE SON LOS TUTORES LEGALES DE UN MENOR (Kin-GAP): *El tutor legal tiene que completar con tinta todas las preguntas al lado izquierdo de la línea gruesa negra con la información sobre el niño del cual es el tutor legal. Si hay más de un niño, se tiene que completar un formulario para cada niño. Por favor complete, firme y ponga la fecha en este formulario antes de que pasen dos semanas. Adjunte hojas adicionales, si es necesario. El no completar y devolver este formulario antes de que pasen dos semanas (14 días) contados a partir de la fecha en que se envió, causará que se interrumpa, se termine o se retrase el recibo de los beneficios.*

ELIGIBILITY WORKER ONLY
TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD SOLAMENTE

APPLICATION
 REASSESSMENT

CASE NAME _____

CASE NUMBER _____

① Nombre del niño _____ ② Masculino Femenino

③ Dirección _____

④ Fecha de nacimiento _____ ⑤ Lugar de nacimiento _____

⑥ Número de Seguro Social _____ ¿Lo solicitó? Sí No

⑦ Ciudadano de los Estados Unidos (EE.UU.)? Sí No ⑧ Situación migratoria: _____

⑨ ¿El niño tiene seguro médico que no sea el Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal)? Sí No

VERIFICATION

AGE _____

SOCIAL SECURITY NUMBER _____

CITIZENSHIP/ALIEN STATUS _____

Si la respuesta es "Sí", anote el número de póliza, el nombre de la compañía, y el nombre de la póliza: _____

DHS 6155

CHILD'S PROPERTY _____

⑩ ¿El niño tiene bienes raíces o bienes personales? Sí No

Si la respuesta es "Sí", anote el tipo de bienes (terrenos, dinero en efectivo, automóvil, motocicleta, seguro de vida, fondo en fideicomiso, cuenta de banco, bono, etc.) y su valor: _____

⑪ ¿Tiene ingresos el niño? Sí No No sé*

Si la respuesta es "Sí", anote las cantidades a continuación. Si la solicitud aún está pendiente, marque la casilla correspondiente.

TIPO DE INGRESO	CANTIDAD	PENDIENTE
Seguro Social	\$ _____	
Mantenimiento de hijos	\$ _____	
Jubilación por haber trabajado para el ferrocarril	\$ _____	
Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)	\$ _____	
Beneficios para veteranos	\$ _____	
Salario/sueldo	\$ _____	
Otro (especifique)	\$ _____	
Cantidad total/cantidad por mes	\$ _____	

*Si no sabe, por favor explique: _____

DOES THE CHILD HAVE SIBLINGS PLACED WITH THE GUARDIAN? _____

DID THE CHILD RESIDE FOR AT LEAST SIX CONSECUTIVE MONTHS IN THE APPROVED HOME OF THE PROSPECTIVE RELATIVE GUARDIAN? _____

⑫ ¿Tiene el niño hermanos que han sido colocados con usted? Sí No

Si su respuesta es "Sí", anote los nombres y fechas de nacimiento

NOMBRE DEL HERMANO(A)	FECHA DE NACIMIENTO

⑬ ¿Están muertos el padre o la madre del niño? Sí No

⑭ ¿Han estado los padres del niño recibiendo beneficios del Seguro Social o beneficios para veteranos? Sí No

Si la respuesta es Sí, explique y anote la cantidad si la sabe.

⑮ Si el joven tiene 16 años o más, ¿quiere el joven una referencia para el Programa de Vida Independiente (ILP)? Sí No

⑯ ¿Vive el niño en su hogar? Sí No

Si la respuesta es "No", ¿proporciona usted algún mantenimiento para el niño mencionado anteriormente? Sí No

⑰ ¿Tiene este joven un hijo(a) propio que vive en el hogar de usted? Sí No

⑱ ¿Tiene usted un plan de responsabilidad compartida con el padre/madre menor de edad relacionado al cuidado del niño? Sí No

⑲ ¿Tiene usted la tutela legal del menor la cual fue otorgada por un tribunal de menores de California? Sí No

INFORMACIÓN DE NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

20) ¿Tiene este niño necesidades especiales, es decir, problemas de salud y/o comportamiento? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", estoy solicitando una evaluación de las necesidades especiales del niño para determinar si el incremento por cuidado especializado satisface con las necesidades de este niño.

COMPLETE LO SIGUIENTE PARA JÓVENES DE 18 AÑOS DE EDAD O MÁS

21) ¿Espera que se gradúe/termine antes de cumplir los 19 años de edad? Sí No

22) ¿Solicita usted una evaluación para continuar recibiendo pagos después de que el joven cumpla 18 años de edad porque tiene una incapacidad física o mental? Sí No
 Si la respuesta es "Sí", describa la condición:

23) ¿Fue la tutela legal ordenada por un tribunal de menores después de que el joven cumpliera los 16 años de edad? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿está el joven participando en alguna de las siguientes actividades?

(Nota: Esta provisión solamente es pertinente a partir del 2 de enero del 2012)

- Está completando su educación secundaria (por ejemplo, la preparatoria [high school]) o un programa que lo llevará a una credencial equivalente (por ejemplo, tomando clases para prepararse para el examen general para el certificado equivalente a graduación de la preparatoria [high school]).
- Está inscrito en una institución que proporciona educación post-secundaria (por ejemplo, una universidad o universidad de dos años [college]) o educación vocacional (por ejemplo, una escuela comercial [trade school]).
- Está participando en un programa o actividad diseñada para promover, o remover las barreras para un empleo (por ejemplo, está inscrito en Job Corps o está asistiendo a clases para escribir un curriculum vitae [resume] o habilidades para entrevistas).
- Está empleado por al menos 80 horas al mes.
- No puede hacer ninguna de las actividades educacionales o de empleo mencionadas anteriormente debido a una condición médica que está documentada.
- Ninguno de los mencionados anteriormente.

TUTOR LEGAL:

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON CIERTAS Y VERDADERAS.

FIRMA DEL TUTOR LEGAL

FECHA

CONDADO DONDE SE FIRMÓ

FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD

FECHA

FIRMA DEL SUPERVISOR DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD

FECHA

VERIFICATION
TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD SOLAMENTE

ILP

VERIFICATION BY SCHOOL YES
 SCHOOL ATTENDANCE
 GRADUATION

GUARDIANSHIP VERIFIED

CHILD SUPPORT REFERRAL
 BEST INTEREST DETERMINATION
 NOT TO REFER

NOT ELIGIBLE

ELIGIBLE

FEDERAL

NONFEDERAL

OTHER

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Usted y cualquier miembro de su familia para quien está solicitando la asistencia tienen que dar el número de Seguro Social (SSN). El SSN se necesita para determinar su elegibilidad. Se puede negar o descontinuar la asistencia si no lo proporciona. Autoridad: **Sección 11268 del Código de Bienestar Público e Instituciones (Welfare and Institutions Code).**

AVISO DE INFORMACIÓN PERSONAL

De acuerdo con el Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-679) y el Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (IPA) (Secciones 1798 del Código Civil, y siguientes), se avisa por medio de la presente que se solicita información personal. La información personal solicitada es voluntaria. El propósito principal de la información voluntaria es facilitar el proceso de este formulario. Es posible que la falta de proveer parte o toda la información solicitada resulte en que se demore el proceso de este formulario. No se compartirá ninguna información personal a menos que se permita bajo la Sección 1798.17 del Artículo 6 del IPA de 1977. Cada persona tiene el derecho a inspeccionar toda la información personal relacionada a sí misma que se guarda en cualquier expediente, si lo solicita, presenta la identificación apropiada, y proporciona el particular que se requiere. Dirija cualquier pregunta relacionada al mantenimiento de la información a su agente de formularios del IPA.