

Solicitud para Abuelos como Personas que Proporcionan Cuidados

Agency Use Only: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Review
Date received in Agency: _____
Worker: _____ Date _____
Registered: _____
Case No(s): _____
Interview Date: _____

1. Información del Solicitante

El solicitante es el/la abuelo/a u otro pariente que tiene la custodia legal del (de los) niño(s) menor(es).

Nombre del Solicitante: _____ Número de Teléfono Diurno: _____ Número de Teléfono para Mensajes: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Domicilio Postal (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

2. Información de la Familia

Incluya a todas las personas que viven en su hogar, aún si usted no está realizando la solicitud para ellos. **Se requiere comprobante de parentesco y custodia legal para el/los niño(s) menor(es).** La custodia legal está definida como un documento judicial de control paternal.

Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido	¿Relación con usted?	Sexo	Número de Seguro Social	¿Es ciudadano de los EE.UU.? (Si o No)	Raza	Idioma Hablado	Idioma Escrito	¿Está esta persona recibiendo cualquier beneficio de los SRS? (Si o No)
	Usted mismo							

3. Ingresos Ganados

¿Está alguno de los miembros del grupo familiar (incluyendo niños) trabajando actualmente? No Si De ser *si*, complete lo siguiente: **Se requiere comprobante de ingreso.**

Nombre del Miembro del Grupo Familiar	Nombre y Número de Teléfono del Empleador	Salario/Sueldo por hora	Horas Trabajadas por Semana	Frecuencia de Pago	Fecha del Próximo Cheque de Pago

4. Otros Ingresos

¿Recibe alguno de los miembros del grupo familiar (incluyendo niños) otro ingreso – tales como manutención de niño, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI), Asistencia para Veteranos (VA), compensación del trabajador, desempleo, otras pensiones o jubilaciones, dinero de otras personas, fondos fiduciarios o cualquier otro ingreso?

No Si De ser si, complete lo siguiente: **Se requiere comprobante de ingreso.**

Nombre del Miembro del Grupo Familiar	Tipo del Otro Ingreso	Monto	Frecuencia con que se Recibe

5. Información Importante

Yo entiendo las preguntas en esta solicitud y entiendo las penalizaciones por ocultar o proporcionar información falsa.

1. Yo certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas y completas a mi mejor saber y entender.
2. Yo entiendo que la información necesaria para determinar la elegibilidad puede ser verificada contactando a oficiales federales, estatales o locales, empleadores u otras entidades empresariales.
3. Yo acepto notificar a la oficina de SRS dentro de un plazo de 10 días en caso de que existan cambios en los ingresos, domicilio, situación habitacional o un cambio en los miembros del grupo familiar que pueda afectar el monto de asistencia o mi elegibilidad para recibir asistencia.
4. Mi firma autoriza el uso de nuestros números de seguro social para administrar este programa.
5. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar una audiencia justa si no estoy de acuerdo con una decisión. Se debe realizar una solicitud por escrito dentro de los 30 días de tomada la decisión.

6. Firma

Esta solicitud debe estar firmada y fechada para que pueda ser considerada una solicitud completa.

Firma del Solicitante	Fecha	Mi firma en esta solicitud significa que yo he leído y entendido las condiciones más arriba. También autoriza a los empleadores, proveedores médicos, instituciones financieras, proveedores de seguros, y otras personas o agencias con conocimiento de mis circunstancias a que hagan pública al Departamento de Servicios Sociales y de Rehabilitación de Kansas cualquier información, incluyendo información confidencial, que sea necesaria para establecer mi elegibilidad. Toda la información proporcionada en esta solicitud está protegida por las leyes de confidencialidad estatales y federales. Una copia de esta autorización es igual de válida que el original.
Firma del Cónyuge u otro Adulto	Fecha	

Yo desearía información acerca de los siguientes servicios: (marque todos los que apliquen)

- Asistencia Alimentaria Asistencia Médica Recursos de Personas que Proporcionan Cuidados Asistencia de Cuidado de Niños Servicios de Rehabilitación
 Servicios de Manutención de Niño