

Departamento para Niños y Familias de Kansas

Cambios de Beneficios para el Cuidado de Niños de Crianza Temporal

ES-1512FC Rev. 06-20

Este formulario proporciona un método para informar la necesidad de agregar un nuevo niño a los casos de Cuidado Infantil de Crianza Temporal (FC-CC), cambios en horarios o cambios en los proveedores. Los cambios en su horario laboral o escolar deben tener documentación de respaldo incluida con este formulario. Envíe el formulario completado y firmado a [DCF.FosterCareCC@ks.gov.](mailto:DCF.FosterCareCC@ks.gov) Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame al (785) 368-8594.



A. Información del caso (para localizar el caso)

**Información de los padres de crianza**

Nombre Segundo nombre Apellido

Número de Seguro Social Teléfono Correo electrónico

Dirección: Ciudad: Condado: Código postal: \_\_\_

Dirección postal: Ciudad: Condado: Código postal:



B. ¿Quién es el niño en Crianza Temporal que ha sido agregado a su hogar?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre |  | Segundo nombre |  | Apellido |
| Fecha de nacimiento |  | Número de Seguro Social |  | Sexo |

¿Con cuál Agencia de Custodia Temporal o Proveedor de Administración de Casos está el niño?

¿El niño está haciendo la transición a una nueva agencia?

No Sí

En caso afirmativo, ¿cuál agencia?

Fecha de inicio de la colocación:

¿La persona 1 es ciudadana de Estados Unidos?

**Discapacidad**:¿La persona 1 está discapacitada?

**Origen étnico**: ¿La persona 1 es hispana o latina?

No Sí Desconocido Pendiente No Sí

No Sí

**Raza**: Marque todo lo que corresponda a la Persona 1. Para fines de informe, si elige no seleccionar una raza o categoría étnica, se hará una elección en su nombre.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Blanco  Negro o Afroamericano  Chino | Indio americano o Nativo de Alaska  Indio asiático  Filipino | Japonés Coreano  Vietnamita | Nativo de Hawái  Guameño o Chamorro | Samoano  Otro isleño del Pacífico |

Horario laboral/escolar de los padres de crianza (use varias líneas si el horario cambia durante la semana).



C. Díganos sobre sus necesidades de cuidado infantil

**Padre 1** Trabajo/escuela: Tel. trabajo/escuela:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hora entrada (Indique AM/PM)** | **Hora salida (Indique AM/PM)** | **Encierre en un círculo los días de la semana para este horario:** |
|  |  | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |
|  |  | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |
|  |  | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |

**Padre 2** Trabajo/escuela: Tel. trabajo/escuela:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hora entrada (Indique AM/PM)** | **Hora salida (Indique AM/PM)** | **Encierre en un círculo los días de la semana para este horario:** |
|  |  | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |
|  |  | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |
|  |  | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |

**Horario escolar del niño en Crianza Temporal** Escuela: Tel. escuela:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hora entrada (Indique AM/PM)** | **Hora salida (Indique AM/PM)** | **Encierre en un círculo los días de la semana para este horario:** |
|  |  | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |
|  |  | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |
|  |  | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |

¿Tiene cuotas de inscripción para comenzar el cuidado infantil de su hijo de crianza? No Sí En caso afirmativo, ¿cuál es el monto cobrado?

¿Cuándo necesita que comience el cuidado infantil?

**Información del proveedor de cuidado infantil (use varias líneas para múltiples proveedores)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del proveedor** | **Dirección** | **Tipo de proveedor** | **Encierre en un círculo los días de la semana que se usará este proveedor:** |
|  |  | Autorizado por KDHE Pariente en el hogar Pariente fuera del hogar  Si es pariente, parentesco con el niño: | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |
|  |  | Autorizado por KDHE Pariente en el hogar Pariente fuera del hogar  Si es pariente, parentesco con el niño: | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |
|  |
|  |  | Autorizado por KDHE Pariente en el hogar Pariente fuera del hogar  Si es pariente, parentesco con el niño: | LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM |
|  |



Firma

Firma del padre de crianza (requerida) Fecha



Proveedor de Administración de Casos de Crianza Temporal o Agencia de Custodia Temporal

Mi firma en esta solicitud certifica que el(los) niño(s) de crianza temporal para el(los) que se solicita asistencia para el cuidado infantil están bajo la custodia del Secretario del Departamento de Niños y Familias de Kansas (DCF). También certifica que es necesario el cuidado infantil debido al horario laboral o escolar verificado de la familia de crianza y que la agencia indicada a continuación ha obtenido y tiene archivada la verificación necesaria para respaldar la solicitud de asistencia para cuidado infantil. Toda la documentación debe conservarse y no puede destruirse hasta después de que el caso de asistencia para cuidado infantil haya sido cerrado por 36 meses y debe estar disponible para el DCF en caso de una auditoría.

Proveedor de Administración de Casos de Crianza Temporal (CMP)/ Agencia de Custodia Temporal (CPA)

Nombre con letra de molde del representante de FC CMP/CPA Correo electrónico del representante

Firma del representante del FC CMP/CPA Fecha

Departamento para Niños y Familias

