

**ACUERDO DE SUBSIDIO PARA CUSTODIO
PERMANENTE**

Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre del Custodio:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Nombre del Custodio:	Fecha de Nacimiento:	Número de Seguro Social:
Relación del Custodio con el niño:	Cómo es Verificado:	

Corte de Jurisdicción: Condado Número de Distrito

Yo , por la presente afirmo y acepto:
(nosotros)
(Nombre del Custodio)

Yo (nosotros) he/hemos sido designado(s) como el
custodio permanente para (Nombre del Niño) (Fecha)

Mi (nuestra) relación con este niño es:
(Especificar Relación)

COMO EL CUSTODIO PERMANENTE: (inicial de cada declaración)

Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que el subsidio para custodia permanente queda a discreción del Departamento para Niños y Familias (DCF por sus siglas en inglés) y que el hecho de que un subsidio haya sido otorgado no constituye un derecho ni da lugar a una causa de acción privada (demanda) como resultado de un otorgamiento, denegación, o modificación de los términos.

Yo (nosotros) además acuerdo (acordamos) que cooperaré (cooperaremos) total y completamente con el departamento para establecer y mantener la elegibilidad para un subsidio para custodia permanente y que dicho subsidio puede ser finalizado por el hecho de no cooperar con el DCF para establecer y mantener la documentación de elegibilidad para el subsidio.

Yo (nosotros) acuerdo (acordamos) notificar al DCF dentro de un plazo de 30 días de cualquier cambio en la situación del niño y participar en un informe anual.

Yo (nosotros) acuerdo (acordamos) notificar al DCF si la custodia permanente es retirada o si cesa la responsabilidad legal/financiera por el niño.

Yo (nosotros) reconozco (reconocemos) que si los cambios en las circunstancias del niño no son informados al DCF, se realizará una investigación por fraude.

Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que el DCF puede cambiar los requisitos de elegibilidad, el monto del pago de subsidio y la duración del apoyo para garantizar que los gastos del departamento se mantengan dentro de los fondos disponibles.

Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que puedo (podemos) solicitar beneficios financieros para el niño, incluyendo completar una solicitud para Asistencia Temporal para Familias (TAF por sus siglas en inglés) para niño solamente además de recibir subsidio para custodia permanente.

_____Yo (nosotros) comprendo (comprendemos) que el subsidio de custodia permanente finalizará en el momento en que (a) el niño tenga 18 años de edad y haya completado la escuela secundaria; (b) el niño pasa a estar emancipado, fallece, abandona el hogar, o de otra manera deja de necesitar manutención.

_____Yo (nosotros) he (hemos) recibido una copia del PPS 6170, Formulario de Cambio de Situación de Custodio Permanente.

_____Hemos sido informados acerca de la disponibilidad de Servicios de Vida Independiente y de que cuando el niño tiene 17 años de edad, si él/ella estaba en la custodia del Secretario del DCF a la edad de 14 años de edad o más y cumple con los requisitos estatales mínimos para graduación de la escuela secundaria, él/ella puede solicitarle un diploma a la escuela donde está inscripto o reside.

DCF acuerda pagar un subsidio para custodia permanente por el monto _____ y proporcionar una Tarjeta Medicaid de Kansas si el niño es un residente de Kansas.

El pago comenzará _____

Firma del Custodio Permanente: _____ Fecha: _____

Firma del Custodio Permanente: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Administrador de _____ Fecha: _____ Oficina Regional: _____

Caso: _____

Supervisor: _____ Fecha: _____

