

# Cambios de Beneficios para el Cuidado de Niños de Crianza Temporal

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 \_\_\_\_\_

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  No  Sí En caso afirmativo, ¿cuál agencia? \_\_\_\_\_  
nueva agencia?

Fecha de inicio de la colocación: \_\_\_\_\_

¿La persona 1 es ciudadana de Estados Unidos?  No  Sí  Desconocido  Pendiente

**Discapacidad:** ¿La persona 1 está discapacitada?  No  Sí

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

- |   |  |                                     |  |  |
|---|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanco                   | <input type="checkbox"/> Indio americano o<br>Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Japonés    | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái       | <input type="checkbox"/> Samoano                     |
| <input type="checkbox"/> Negro o<br>Afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio asiático                        | <input type="checkbox"/> Coreano    | <input type="checkbox"/> Guameño o<br>Chamorro | <input type="checkbox"/> Otro isleño del<br>Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Chino                    | <input type="checkbox"/> Filipino                              | <input type="checkbox"/> Vietnamita |  |  |

## C. Díganos sobre sus necesidades de cuidado infantil

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

**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 <input type="checkbox"/> Pariente en el hogar <input type="checkbox"/> Pariente fuera del hogar <input type="checkbox"/> Si es pariente, parentesco con el niño: _____	LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM
		Autorizado por KDHE <input type="checkbox"/> Pariente en el hogar <input type="checkbox"/> Pariente fuera del hogar <input type="checkbox"/> Si es pariente, parentesco con el niño: _____	LUN MAR MIE JUE VIE SÁB DOM
		Autorizado por KDHE <input type="checkbox"/> Pariente en el hogar <input type="checkbox"/> Pariente fuera del hogar <input type="checkbox"/> 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

