|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Permanencia legal familiar SOUL Nombre del joven: |  | FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| Dirección: |  | | |
| Ciudad, Estado, Código postal |  | | |
| Correo electrónico: |  | | |
| SOUL Family Legal Permaency Custodio Residencial Nombre: |  | FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| Dirección: |  | | |
| Ciudad, Estado, Código postal |  | | |
| Correo electrónico: |  | | |
| Permanencia legal familiar SOUL Nombre del custodio: |  | FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| Dirección: |  | | |
| Ciudad, Estado, Código postal |  | | |
| Correo electrónico: |  | | |
| Permanencia legal familiar SOUL Nombre del custodio: |  | FECHA DE NACIMIENTO: |  |
| Dirección: |  | | |
| Ciudad, Estado, Código postal |  | | |
| Correo electrónico: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| El subsidio de Permanencia legal familiar SOUL se revisará anualmente. Por favor, responda a las siguientes preguntas y devuélvalas a la oficina designada en un plazo de treinta (30) días. De no hacerlo, se suspenderá temporalmente o se cerrará el subsidio proporcionado. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Sigue necesitando el subsidio de Permanencia legal familiar SOUL? | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| 2. ¿Sigue siendo responsable legal y económicamente de este joven?  Si no, fecha de finalización de la responsabilidad: | | | | | | | | | | | | | Sí  No  Fecha: | | |
| 3. ¿El joven sigue residiendo con usted? | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| En caso negativo, ¿dónde reside el joven? | | | |  | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuándo se trasladó el joven? En la fecha: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. ¿Se han producido cambios en los ingresos o recursos percibidos por el joven? | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| En caso afirmativo, descríbalo: | | | Fecha: | | | | | | | | | | | | |
| 5. El subsidio suele finalizar a los 18 años. Puede continuar después de los 18 años, hasta los 21, si el joven sigue cursando estudios secundarios. | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Ha terminado el bachillerato? | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| Fecha de graduación (mmddyy): | | |  | | | | | | | | | | | | |
| b. En caso negativo, ¿cuándo espera que se gradúen sus jóvenes? | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| Fecha (mmddaa): | | |  | | | | | | | | | | | | |
| c. Si no se espera que se gradúe, ¿participa el joven en un programa de GED? | | | | | | | | | | | | Sí  No | | | |
| Fecha prevista de finalización (mmddaa): | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Especifique: | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. ¿Desea hablar con un representante del DCF? \* | | | | | | | | | | | Sí  No | | | | |
| ***\*Si la pregunta 6 está marcada como SÍ, remítala al administrador regional de acogida correspondiente.*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entiendo las preguntas de este formulario y certifico, bajo pena de perjurio, que la información facilitada voluntariamente  por mí en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma del Custodio de permanencia legal residencial familiar SOUL: | | | | | |  | | | | | | | | Fecha: |  |
| Firma del joven: | | | | | |  | | | | | | | | Fecha: |  |
| **PRESENTAR A MÁS TARDAR EL** (mmddaa): | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Para: Trabajador del DCF: | |  | | | | | | | Oficina del DCF: | | | | |  | |
| Dirección postal: |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad, Estado, Código postal: |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono |  | | | | | | | Fax | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sólo para uso de la oficina del DCF  **For DCF Office Use Only:** | | | | | | | | |
| **1. KEES ID # upon implemenation:** |  | **2. FACTS ID:** | |  | | | | |
| **3. Region/CO:** |  |  | |  | | | | |
| **4. Date Report Received:** |  | | **5. Changes reported:** | | | **Yes  No** | | |
| **6. Agreement Amended:** | **Yes  No** | | **7. Payment Re-authorized for** | | | |  | **months** |
|  |  | |  | | | |  |  |
|  |  | | | | **Date:** | |  | |

