

Nombre del joven: _____ FECHA DE _____ Nro. de Seguro _____
NACIMIENTO: _____ Social: _____

Nombre del Custodio de permanencia legal familiar SOUL: _____
FECHA DE _____ Nro. de Seguro _____
NACIMIENTO: _____ Social: _____

Tribunal competente: Condado _____ Distrito #: _____

I _____ Afirmo y acepto:
(Nombre del custodio residencial)

He sido designado para ser el Custodio de permanencia legal residencial familiar SOUL de _____.
(Nombre del joven)

El _____
(Fecha)

Mi relación con este joven es: _____
(Relación)

COMO CUSTODIO LEGAL DE PERMANENCIA RESIDENCIAL FAMILIAR SOUL: (ponga sus iniciales en cada declaración)

_____ Yo entiendo que el subsidio de PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL es a discreción del Departamento para Niños y Familias (DCF) y que la concesión de un subsidio no constituye un derecho ni da lugar a una causa de acción privada (demanda) como resultado de una concesión, denegación o modificación de los términos.

_____ Además, estoy (estamos) de acuerdo en que cooperaré (cooperaremos) plena y completamente con el departamento en el establecimiento y mantenimiento de la elegibilidad para un subsidio de PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL y que dicho subsidio puede ser terminado por falta de cooperación con el DCF en el establecimiento y mantenimiento de la documentación de elegibilidad para el subsidio.

_____ Entiendo la PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL La subvención puede ser inferior a la subvención por adopción.

_____ Me comprometo a notificar al DCF en un plazo de 30 días cualquier cambio en la situación del joven y a participar en un informe anual.

_____ Me comprometo a avisar al DCF si se anula el nombramiento del CUSTODIA DE PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL o si cesa la responsabilidad legal/financiera sobre el joven.

_____ Reconozco que si los cambios en las circunstancias del joven no se comunican al DCF, puede llevarse a cabo una investigación por fraude.

_____ Entiendo que el DCF puede ajustar los requisitos de elegibilidad, el importe del pago de la subvención y la duración del pago de la manutención para garantizar que los gastos del departamento se mantengan dentro de los fondos disponibles.

_____ Entiendo que puedo solicitar beneficios financieros para el joven, incluyendo completar una solicitud para Asistencia Temporal para Familias (TAF) solo para niños, además de recibir el subsidio de PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL.

_____ Entiendo que el subsidio de PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL finalizará en el momento en que (a) el joven cumpla 18 años o haya completado la escuela secundaria; (b) el joven se emancipe, fallezca, abandone el hogar, (c) acceda al Subsidio de Vida Independiente o deje de necesitar apoyo por cualquier otro motivo (d) cumpla 21 años.

_____ Entiendo que si el joven se convierte en elegible para los Ingresos Suplementarios de Seguridad (SSI), por encima de \$ 500, después de que el subsidio de la PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL fue aprobado, el joven pierde elegibilidad para el subsidio a tenor de la PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL.

_____ Entiendo que si me mudo a otro estado, la tarjeta médica de Kansas puede proporcionar cobertura limitada si mi nuevo estado de residencia no acepta la cobertura de Medicaid para jóvenes. Tendría que solicitarla por cuenta propia y cumplir los requisitos de elegibilidad en el nuevo estado de residencia para recibir la tarjeta médica de ese estado.

_____ He recibido una copia del formulario PPS 6320, PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL Cambio de estado.

_____ Se me ha informado de la posibilidad de Servicios de Vida Independiente para los jóvenes que logran la PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL a la edad de 16 años o después, y el acceso a los servicios es a través del Gerente del Programa de Vida Independiente del Estado.

_____ Se me ha informado que cuando el menor tenga 17 años, si estaba bajo la custodia de la Secretaría del DCF a la edad de 14 años o más y cumple con los requisitos estatales mínimos para graduarse de la escuela secundaria, puede solicitar un diploma a la escuela donde está inscrito o reside.

El DCF se compromete a pagar un subsidio de PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL por un importe de: _____

El pago debe comenzar: _____

CUSTODIA DE PERMANENCIA LEGAL FAMILIAR SOUL Firma: _____

Date: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del contacto de la Oficina Regional del DCF: _____

Firma del contacto de la Oficina Regional del DCF: _____

Administración del PPS: _____ Fecha: _____

