|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 [ ]  NoFecha:  |
| 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 voluntariamentepor 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:**  |       |

