|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nombre del joven: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |  |  | |  | |  |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Nro. de Seguro Social: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Nombre del Custodio de permanencia legal familiar SOUL:       \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |  |  | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | Nro. de Seguro Social: | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Teléfono familiar: | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Correo electrónico | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Relación familiar con el joven: (Marque una opción) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Familiar | | | | |  | No hay parentesco | | | | | | | |
|  | Otro (explique la relación): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **La Permanencia legal familiar SOUL utilizará este formulario para enviar las actualizaciones a la oficina regional del DCF en el momento en que se produzcan cambios. Anote los siguientes cambios y devuélvalo a la oficina designada dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio. De no hacerlo, se suspenderá el subsidio y se iniciará una investigación por fraude.** | | | |
| 1. La situación de vida del joven ha cambiado. | Sí  No | Fecha del cambio: | |
| Explicar: | | |  |
| 2. Cambio en la responsabilidad legal/financiera del custodio. | Sí  No | Fecha de modificación:Fecha de modificación: | |
| Explicar: | | |  |
| 3. Los recursos del joven cambiaron. | Sí  No | Fecha de modificación:Fecha de modificación: | |
| Explicar: | | |  |
| 4. Joven cumple 18 años. | Sí  No | Fecha de modificación:Fecha de modificación: | |
| 5. Joven graduado de secundaria. | Sí  No | Fecha de modificación: Fecha de modificación: | |
| 6. Joven emancipado, | Sí  No | Fecha de modificación:Fecha de modificación: | |
| 7. Joven fallecido. | Sí  No | Fecha de modificación:Fecha de modificación: | |
| 8. El joven ya no necesita ayuda. | Sí  No | Fecha de modificación: Fecha de modificación: | |
| 9. El joven ha accedido a los Servicios de Vida Independiente y desea recibir el Subsidio de Vida Independiente. | Sí  No | Fecha de modificación: | |
| Explicación de las casillas marcadas con "sí": | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Esta revisión ha sido completada por:** | | | | |  | | | | |  | | | | |  | |
| Firma del joven: | | | | |  | | | | | | | | Fecha: | |  | |
| Firma del custodio de permanencia legal residencial familiar SOUL: | | | | |  | | | | | | | | Fecha: | |  | |
| **ENTREGAR A:** | | | | |
| Trabajador del DCF: | |  | | | | | | | Oficina del DCF: | | | |  | | | |
| Dirección postal: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad, Estado, Código postal: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono | |  | | | | | | Fax | | |  | | | | | |
| Firma del contacto regional de acogida | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |
| Sólo para uso de la oficina del DCF  For DCF Office Use Only: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. KEES ID # upon implementation of KEES: | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 |
| Signature of Regional Eligibility worker | | |  | | | | | | | | | Date: | |  | | |

