|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CSO-1266A-S (2-18) | ARIZONA DEPARTMENT OF CHILD SAFETY |  |
|  | **SOLICITUD DE REMUNERACIÓN PARA ENCARGADOS DEL CUIDADO DE ACOGIMIENTO TEMPORAL CON PARENTESCO** |
| La Remuneración para encargados del cuidado de acogimiento temporal con parentesco (Kinship Foster Caregiver Stipend) (anteriormente denominada Remuneración para abuelos) es un pago mensual de aproximadamente $75 (por menor) disponible para encargados del cuidado de acogimiento temporal con parentesco que hayan llevado a su hogar a uno o a más menores que sean familiares y que estén bajo la custodia del Departamento para la Seguridad Infantil (Department of Child Safety, DCS). Un Encargado del cuidado de acogimiento temporal con parentesco incluye a un abuelo, cualquier nivel de un bisabuelo, un tío o un tío, o cualquier otro adulto que tenga parentesco con quien el Departamento de Seguridad infantil haya colocado a un menor de acogimiento temporal que tenga parentesco. Los Encargados del cuidado de acogimiento temporal con parentesco pueden llegar a tener licencia con el fin de recibir apoyo financiero adicional y de otro tipo para ayudar a proporcionar cuidados las 24 horas del día, los 7 días de la semana para el niño con quien tengan parentesco bajo su cuidado. Cuando un Encargado del cuidado de acogimiento temporal con parentesco llega a tener licencia como un padre de crianza temporal, el Encargado del cuidado de acogimiento temporal con parentesco ya no es elegible para dicha remuneración. |
| **¿Soy elegible?** Los Encargados del cuidado de acogimiento temporal con parentesco son elegibles si no están recibiendo un pago en concepto de hogar de crianza temporal con licencia o un pago de subsidio por adopción o de subsidio por custodia para el menor Y sus ingresos anuales del grupo familiar **son menores** al 200% del actual Nivel federal de pobreza (Federal Poverty Level, FPL). El tamaño de la familia y los ingresos anuales del grupo familiar reportados en este formulario se compararán con la actual directriz del FPL publicada con el fin de determinar la elegibilidad. La siguiente tabla es un ejemplo con base en el FPL de 2018.   |
| **Nota:** Si no está seguro si cumple con los requisitos de ingresos, envíe su solicitud. Se le notificará si sus ingresos de grupo familiar superan el límite actual para el tamaño de su familia.  |
|  **Tamaño de familia Ingreso anual máximo** | **Tamaño de familia Ingreso anual máximo** |
|  1 persona $24,288 |  4 personas $50,208 |
|  2 personas $32,928 |  5 personas $58,848 |
|  3 personas $41,568 |  6 personas $67,488 |
| **Registre el tamaño de su familia y los ingresos anuales del grupo familiar en el siguiente espacio.** El tamaño de la familia le incluye a usted, su cónyuge e hijos menores de edad, así como los menores que DCS haya colocado en su hogar. El ingreso anual del grupo familiar incluye sus ingresos, los ingresos de su cónyuge, así como cualquier otro ingreso recibido para los menores de 18 años de edad que estén bajo su cuidado (es decir, pagos de seguro social, pensión alimenticia, etc.).   |
| Tamaño de familia:       | Ingreso anual del hogar:      |
| **Ingrese el nombre y fecha de nacimiento de cada menor con parentesco bajo custodia de DCS para quien usted está proporcionando cuidados las 24 horas del día, los 7 días de la semana** |
| **NOMBRE DEL MENOR *(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE*)** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **NOMBRE DEL MENOR *(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)*** | **FECHA DE NACIMIENTO** |
| Menor 1:       |       | Menor 3:       |       |
| Menor 2:       |       | Menor 4:       |       |
| **Firme y devuelva este formulario a:** DCS-Kinship Foster Caregiver Stipend Program, PO. Box 6030, S/C CH 010-22, Phoenix, AZ 85005, o por correo electrónico a Kinshipstipend@azdcs.gov . Si tiene alguna pregunta sobre este u otro apoyo por parentesco disponible, llame al Especialista en cuidados por parentesco de DCS al 1-877-KIDSNEEDU Opción 3 o 1-877-543-7633 Opción 3.  |
| NOMBRE DEL ABUELO/A *(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)*      | DIRECCIÓN *(POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)*      | NÚM. DE TELÉFONO*.*      |
| **Declaro bajo pena de juramento falso que la información proporcionada en lo que se refiere a mi elegibilidad para beneficios es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.**  | FIRMA  | FECHA       |

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1190 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. El Departamento tiene que hacer las adaptaciones razonables para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Esto significa por ejemplo que, si es necesario, el Departamento tiene que proporcionar intérpretes de lenguaje de señas para personas sordas, un establecimiento con acceso para sillas de ruedas o material con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o en una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su discapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible de lo que usted necesita para acomodar su discapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local. Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas con los servicios del departamento está disponible a solicitud del cliente.