DECLARACIÓN DE DATOS PARA APOYAR LA ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA FAMILIAS CON NIÑOS NECESITADOS (AFDC) - CUIDADO DE CRIANZA TEMPORAL EXTENDIDO (EFC)

ELIGIBILITY WORKER ONLY
(SÓLO PARA USO DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD)

DATE:

☐ APPLICATION FOR RE-ENTRY
☐ REDETERMINATION

CASE NAME

CASE NUMBER

VERIFICATION

INSTRUCCIONES: *Las personas que no son menores (conocidas en inglés como "nonminors"* - NM] *que entran en el Programa de EFC después de una ausencia del cuidado de crianza temporal tienen que completar con tinta todas las preguntas al lado izquierdo de la línea negra gruesa. La persona que no es menor completa las secciones no matizadas de este formulario en vez de completar el formulario BCJA 2 o el SAWS 2; el trabajador de colocaciones/personal de la oficina de bienestar público del condado completa las secciones matizadas.*

Para ser completado por la persona que no es menor

1. NOMBRE DE LA PERSONA QUE NO ES MENOR:	2. ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO
3. DIRECCIÓN DE LA COLOCACIÓN:	3A. NÚMERO DE TELÉFONO:
4. DIRECCIÓN ACTUAL (SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DE LA COLOCACIÓN):	5. NÚMERO DE TELÉFONO:
6. FECHA DE NACIMIENTO:	7. LUGAR DE NACIMIENTO:
8. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	9. ¿LO HA SOLICITADO? ☐ SÍ ☐ NO
10. ¿CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? ☐ SÍ ☐ NO	11. SITUACIÓN MIGRATORIA:

12. ¿TIENE USTED SEGURO MÉDICO? ☐ SÍ ☐ NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ANOTE EL NÚMERO DE LA PÓLIZA, EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA, Y EL NOMBRE DE LA PÓLIZA:

13. ¿TIENE USTED PROPIEDAD INMUEBLE O PERSONAL? ☐ SÍ ☐ NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ANOTE EL TIPO DE PROPIEDAD (TERRENO, DINERO EN EFECTIVO, AUTOMÓVIL, MOTOCICLETA, SEGURO DE VIDA, FONDO EN FIDEICOMISO, CUENTA BANCARIA, BONO, ETC.) Y SU VALOR:

14. ¿TIENE USTED INGRESOS? ☐ SÍ ☐ NO

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ANOTE LAS CANTIDADES A CONTINUACIÓN. SI SU SOLICITUD ESTÁ PENDIENTE, MARQUE LA CASILLA APROPIADA.

Tipo de ingresos	Cantidad	Pendiente
SEGURO SOCIAL - SSA* O SSI/SSP** (INDIQUE CON UN CÍRCULO CUÁL DE LOS DOS RECIBE)		☐
MANTENIMIENTO DE HIJOS		☐
BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA DESEMPLEO		☐
PENSIONES		☐
BENEFICIOS DEL SEGURO CONTRA INCAPACIDAD/ POR LESIONES DE TRABAJO, ETC.		☐
INGRESOS NO MONETARIOS (RENTA, COMIDA, O SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES GRATUITOS)		☐
SALARIO/SUELDO/JORNALES		☐
BECAS/SUBVENCIONES		☐
OTROS TIPOS DE INGRESOS		☐

SI SON INGRESOS GANADOS, ANOTE: NOMBRE DEL EMPLEADOR:

DIRECCIÓN:

HORAS DE TRABAJO/MES:

*SSA - Administración del Seguro Social
**SSI/SSP - Programa de Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado

Former Foster Care Status

Termination of Prior Jurisdiction

AGE
SOCIAL SECURITY NUMBER

CITIZENSHIP/ALIEN STATUS

NM's Property ($10,000 Exclusion)
Property Verification
Received ☐ Pending ☐

Income Verification:
Received ☐ Pending ☐
Current TILP exempt earned income ☐

TO BE COMPLETED BY PLACEMENT WORKER/COUNTY WELFARE DEPARTMENT STAFF
(PARA SER COMPLETADO POR EL TRABAJADOR DE COLOCACIONES/PERSONAL DE LA OFICINA DE BIENESTAR PÚBLICO DEL CONDADO)

ELIGIBILITY WORKER ONLY
(SÓLO PARA USO DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD)

15A. Application: Did the NM sign a voluntary reentry agreement?

15B. Redetermination: Does the NM have a curernt Transitional Independent Living Plan?

☐ YES ☐ NO

16. What is the authority for the NM's out of home placement?

☐ Voluntary re-entry agreement (SOC 163) Date:

☐ Mutual agreement (SOC 162) Date:

☐ Court Order of Placement and Care Vested with Agency Date:

Check box to indicate which court order finding was made and enter date of hearing/order.

Court Order Findings	Petition/Order		
Finding	388 (e) Petition Hearing	6 month status review	12 month PP hearing
a). Reentry and remaining in foster care in the NM's best interest		NA	NA
b). Reasonable efforts to finalize permanency	NA		

PERSONA QUE NO ES MENOR
DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON VERDADERAS Y CORRECTAS.

FIRMA DE LA PERSONA QUE NO ES MENOR (PARA SER COMPLETADA POR EL TRABAJADOR DE COLOCACIONES/PERSONAL DE LA OFICINA DE BIENESTAR PÚBLICO DEL CONDADO SI LA PERSONA QUE NO ES MENOR NO ESTÁ DISPONIBLE PARA FIRMAR O NO PUEDE FIRMAR.)

CONDADO EN EL CUAL SE FIRMA ESTE FORMULARIO FECHA

CONDADO DE JURISDICCIÓN DEL TRABAJADOR DE COLOCACIONES
TODA LA INFORMACIÓN REPORTADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA FECHA

FIRMA DEL TRABAJADOR DE COLOCACIONES FECHA

FIRMA DEL SUPERVISOR DEL TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD FECHA

AVISO SOBRE LA INFORMACIÓN PERSONAL

De acuerdo al Decreto Federal sobre la Confidencialidad (P.L. 93-679) y el Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (Secciones 1798, y siguientes, del Código Civil), por medio de este formulario, se da aviso de que se solicita información personal. El proporcionar esta información personal es voluntario. El motivo principal para el cual se solicita esta información es para facilitar la tramitación de este formulario. El no proporcionar toda o cualquier parte de esta información pudiera demorar la tramitación de este formulario. No se divulgará esta información personal a menos que se permita bajo la Sección 1798.17 del Decreto de 1977 sobre la Divulgación de Información (IPA por sus siglas en inglés) del Artículo 6. Si así lo pide y con la identificación apropiada, cada persona tiene derecho a inspeccionar toda la información personal en cualquier documento de una persona por medio de un dato particular que conduce a la identificación. Cualquier pregunta sobre el mantenimiento de información se puede dirigir al oficial del IPA encargado de los formularios.

SOC 161

SOC 163

COURT ORDER FINDINGS MADE?
Finding a: ☐ Yes ☐ No
Finding b: ☐ Yes ☐ No

☐ ELIGIBLE FACILITIES REQUIREMENTS MET

☐ SERVICES REQUIREMENTS MET

☐ NOT ELIGIBLE

☐ ELIGIBLE

- ☐ FEDERAL
- ☐ NONFEDERAL
- ☐ OTHER