

## Solicitud de aprobación de cuidado de crianza por parentesco

Usted está recibiendo esta solicitud para ser un cuidador formal por parentesco de un menor que ha sido separado de sus padres o cuidadores y que está bajo la custodia del sistema de bienestar infantil. Consideramos como miembro de la familia (o “pariente”) a cualquier adulto que tenga una relación significativa con el menor, incluso si no están relacionados por sangre o matrimonio.

Nuestra agencia está comprometida a garantizar un entorno seguro para el menor, y esto significa considerar todos los aspectos posibles sobre la persona que lo cuidará mientras esté separado de su hogar. Además de garantizar la seguridad del menor, obtener la aprobación como cuidador por parentesco tiene beneficios para su hogar, tales como:

- Fondos para ayudar con los gastos
  - Pago de manutención mensual
  - Guardería
  - Subsidio para ropa
- Derivaciones de servicios para apoyar al menor
- Apoyo a los cuidadores

La solicitud para convertirse en cuidador formal por parentesco incluye todas las siguientes verificaciones:

- Antecedentes penales, incluidas la toma de huellas dactilares Registros de abuso y negligencia infantil
- Verificaciones de antecedentes en otros estados
- Verificación en el registro de agresores sexuales
- Evaluación del hogar para asegurarse de que su vivienda sea un lugar seguro para el menor, realizada por el trabajador social mientras usted esté presente
- Evaluación de idoneidad para confirmar que usted es capaz de cuidar al menor

Para completar las verificaciones anteriores, deberá mostrar una identificación, como una licencia de conducir o un pasaporte. Consulte el formulario de identificación de huellas dactilares para obtener más información. Si tiene un número de seguro social o un número de identificación fiscal (por sus siglas en inglés, ITIN), le recomendamos compartirlo para obtener los resultados de verificación de antecedentes más rápidos.

Hable con su trabajador social si necesita estos formularios en un idioma diferente, adaptaciones por una discapacidad o no entiende algo por algún motivo. Su trabajador social le recomendará recursos, incluida la oportunidad de conectarse con otros cuidadores por parentesco.

Reconocemos que este proceso analiza información muy confidencial sobre usted, su pasado y su hogar. Por ejemplo, incluso si tiene antecedentes, la agencia podría aprobarlo, siempre y cuando haya pruebas de que no afectará la seguridad y el bienestar del menor.

**Gracias por pasar por este proceso de solicitud y ofrecer un hogar para su familiar.**

**Solicitud de cuidado de crianza por parentesco**

Este formulario se utiliza para solicitar a la Agency que lo aprueben como cuidador formal por parentesco. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, comuníquese con su trabajador social para obtener ayuda. Escriba con letra clara al completar este formulario. Se recopilan preguntas sobre sexo, raza y origen étnico con fines estadísticos.

**Sección 1: información sobre la colocación del menor con el pariente cuidador**

<b>Menor 1</b>			
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza	Origen étnico
Afiliación tribal (si la hay)	Relación con el cuidador (Solicitante 1)		

<b>Menor 2</b>			
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza	Origen étnico
Afiliación tribal (si la hay)	Relación con el cuidador (Solicitante 1)		

<b>Menor 3</b>			
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza	Origen étnico
Afiliación tribal (si la hay)	Relación con el cuidador (Solicitante 1)		

Para solicitudes con más de 3 menores, adjunte una versión adicional de esta hoja.

**Sección 2: información del solicitante por parentesco**

<b>Solicitante 1</b>			
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)	
Otros nombres utilizados (nacimiento, anterior, etc.)			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza	Origen étnico
Afiliación tribal (si la hay)	Correo electrónico		
Teléfono móvil	Teléfono de trabajo	Teléfono de casa	
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.			
<b>Dirección actual</b>			
Calle	Apartamento o edificio		
Ciudad	Estado	Código postal	
Firma	Fecha		

<b>Solicitante 2</b>			
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)	
Otros nombres utilizados (nacimiento, anterior, etc.)			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza	Origen étnico
Afiliación tribal (si la hay)	Correo electrónico		
Teléfono móvil	Teléfono de trabajo	Teléfono de casa	
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.			
<b>Dirección actual</b>		<input type="checkbox"/> Igual que la del solicitante 1	
Calle	Apartamento o edificio		
Ciudad	Estado	Código postal	
Firma	Fecha		

Nota: Si necesita más espacio para enumerar direcciones fuera del estado, utilice páginas adicionales al final de este documento.

### **Sección 3: otros adultos que viven en el hogar**

Incluya a cualquier persona de 18 años o más que viva, comparta áreas comunes y duerma en la casa regularmente durante 30 días seguidos. Hable con su trabajador social sobre si es necesario incluir a alguien en la lista.

<b>Otro adulto 1</b>		
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Otros nombres utilizados (nacimiento, anterior, etc.)		
Relación con el cuidador (Solicitante 1)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		
Firma	Fecha	

<b>Otro adulto 2</b>		
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Otros nombres utilizados (nacimiento, anterior, etc.)		
Relación con el cuidador (Solicitante 1)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		
Firma	Fecha	

<b>Otro adulto 3</b>		
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Otros nombres utilizados (nacimiento, anterior, etc.)		
Relación con el cuidador (Solicitante 1)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		
Firma	Fecha	

<b>Otro adulto 4</b>		
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Otros nombres utilizados (nacimiento, anterior, etc.)		
Relación con el cuidador (Solicitante 1)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		
Firma	Fecha	

<b>Otro adulto 5</b>		
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Otros nombres utilizados (nacimiento, anterior, etc.)		
Relación con el cuidador (Solicitante 1)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		
Firma	Fecha	

<b>Otro adulto 6</b>		
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Otros nombres utilizados (nacimiento, anterior, etc.)		
Relación con el cuidador (Solicitante 1)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		
Firma	Fecha	

Nota: Si necesita más espacio para enumerar direcciones fuera del estado, utilice páginas adicionales al final de este documento.

<b>Menor:</b>			
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)		Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza	Origen étnico
Afiliación tribal (si la hay)	Relación con el cuidador (Solicitante 1)		

<b>Menor:</b>			
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)		Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza	Origen étnico
Afiliación tribal (si la hay)	Relación con el cuidador (Solicitante 1)		

<b>Menor:</b>			
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)		Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza u origen étnico (cómo se identifican)	
Afiliación tribal (si la hay)	Relación con el cuidador (Solicitante 1)		

<b>Menor:</b>			
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)		Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza	Origen étnico
Afiliación tribal (si la hay)	Relación con el cuidador (Solicitante 1)		

**Apéndice 2: página adicional para direcciones de solicitantes**

<b>Solicitante</b>		
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		

<b>Solicitante</b>		
Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		

**Apéndice 3: página adicional para otros adultos que viven en la dirección del hogar**

**Otro adulto**

Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		

**Otro adulto**

Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		

**Otro adulto**

Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		

**Otro adulto**

Nombre	Segundo nombre (“ninguno” si no hay segundo nombre)	Apellido (incluya Jr., Sr. etc.)
Si vivió fuera del estado en los últimos 5 años, indique cada ciudad o condado y estado.		

## **Tiene derecho a apelar**

**¿Qué es una apelación?** Una apelación es una solicitud de audiencia debido a que no está de acuerdo con una decisión tomada por el Department of Health and Human Services (HHS). Tiene derecho a presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión. No tiene que pagar para presentar una apelación. [441 Iowa Administrative Code, Capítulo 7].

**¿Cómo apelar?** Puede apelar en persona o por escrito. En todos los programas debe apelar por escrito realizando **uno** de los siguientes pasos:

- A. Complete una apelación electrónicamente en <https://hhs.iowa.gov/programs/appeals> o
- B. Escriba una carta en la que nos indique por qué cree que la decisión es incorrecta o
- C. Complete un formulario de apelación y solicitud de audiencia. Puede conseguir este formulario en la oficina de los HHS de su condado.

Envíe o lleve su apelación al Iowa Department of Health and Human Services, 321 E 12<sup>th</sup> Street, Des Moines, Iowa 50319. Si necesita ayuda para presentar una apelación, comuníquese con la oficina de los HHS de su condado.

**¿Cuánto tiempo tengo para apelar?** Debe presentar una apelación en un plazo de 30 días calendario a partir de la fecha de una decisión o antes de la fecha en que una decisión entre en vigor.

Si presenta la apelación después de 30 días, pero todavía dentro de los 90 días calendario después de la decisión, deberá explicarnos el motivo del retraso de su apelación. Si tiene un motivo justificado para haber presentado su apelación tardíamente, decidiremos si puede tener una audiencia. Si presenta una apelación fuera del plazo de 90 días desde la fecha de la decisión, no podremos otorgarle una audiencia.

**¿Puedo seguir recibiendo beneficios mientras mi apelación está pendiente?** Podrá mantener sus beneficios hasta el final de la apelación o hasta el término del periodo de certificación si presenta una apelación dentro de un plazo de 10 días calendario a partir de la fecha de recibo del aviso. Un aviso se considera recibido 5 días calendario después de la fecha que aparece en el aviso. Es posible que tenga que devolver cualquier beneficio que reciba mientras se decide su apelación si la acción del HHS es correcta.

**¿Cómo sabré si se me concedió una audiencia?** Recibirá un aviso de audiencia en el que se indicará la fecha y hora programadas para una audiencia telefónica. Recibirá una carta en la que se le informará si no se le concede una audiencia. También le explicará lo que puede hacer si no está de acuerdo con la decisión de no darle una audiencia.

**¿Puedo tener a alguien que me ayude en la audiencia?** Usted u otra persona, como un amigo o pariente, puede explicar por qué no está de acuerdo con la decisión del HHS. También puede tener un abogado para que lo ayude, pero el HHS no le pagará uno. La oficina del HHS de su condado puede entregarle información sobre los servicios legales existentes. El costo de los servicios legales será acorde a sus ingresos. También puede llamar a Iowa Legal Aid (Asistencia Jurídica de Iowa) al 1-800-532-1275. Si vive en el condado de Polk, llame al 515-243-1193.

## **Política con respecto a discriminación, acoso, acción afirmativa e igualdad de oportunidades en el empleo**

Es política del Iowa HHS proveer un trato equitativo en el empleo y la provisión de servicios a los solicitantes, empleados y clientes sin considerar su raza, color, país de origen, sexo, orientación sexual, religión, edad, discapacidad, creencias políticas o estatus de veterano.

Si usted cree que el HHS lo ha discriminado o acosado, envíe una carta en la que detalle su reclamo a: Iowa Department of Health and Human Services, 321 E 12<sup>th</sup> Street, Des Moines, Iowa 50319 o por correo electrónico a [FDHS@hhs.iowa.gov](mailto:FDHS@hhs.iowa.gov)

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para recibir la información del programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.), deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Además, la información del programa se puede entregar en otros idiomas.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.