|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISURI  DIVISIÓN INFANTIL  **SOLICITUD DE TUTELA SUBSIDIADA** | | | |
| **Información del niño:** | | | | | |
| Esta solicitud de subsidio de tutela se hace en nombre del siguiente niño: | | | | | |
| **Nombre** | | | **Fecha de nacimiento** | **DCN** | |
|  | | |  |  | |
| **Fecha de entrega a la familia** | | | | | |
| **Información del tutor:** | | | | | |
| **Esta solicitud de subsidio la presenta:** | | | | | |
| **Nombre(s)** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Dirección** | | | **Ciudad/estado** | | |
|  | | |  | | |
| **Relación con la familia en el momento de la colocación inicial:** | | | | | |
| ***A COMPLETAR POR EL TRABAJADOR:*** | | | | | |
| **Agencia que tenía custodia en el momento de la colocación** | | | **Nombre del trabajador** | | |
|  | | |  | | |
| **Fecha de la tutela** | | | **Fecha de la última determinación de elegibilidad según IV-E** | | |
|  | | |  | | |
| **Elegible según IV-E:**  **Sí**  **No** | | | | | |
| **Elegible para SSI:**  **Sí**  **No** | | | **Recepción de OASDI:**  **Sí**  **No** | | |
| ***Criterios de necesidades especiales para los que se presenta la solicitud: (Marque todas las que correspondan)*** | | | | | |
|  | **Atención y custodia en la División Infantil**  **Mayores de 5 años**  **Afección discapacitante**  **Miembro de un grupo de hermanos que están siendo colocados juntos**  **Pronóstico reservado** | | | | |
| **Información resumida sobre el niño. (Incluya información/documentación médica y de salud física y mental, así como información relevante sobre padre/madre biológico(s) que pueda dar lugar a un pronóstico reservado para este niño).** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Adjunte una copia del resumen social completo del niño como se describe en el artículo 4, capítulo 27, apartado 3 del Manual de Bienestar Infantil.** | | | | | |
| Firma del tutor | | | | | Fecha |
|  | | | | |  |
| Firma del tutor | | | | | Fecha |
|  | | | | |  |