|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE MISURI  DIVISIÓN INFANTIL  **SOLICITUD DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA DEL TÍTULO IV-A DE MISURI** | | | | | | | |
| **I. SOLICITUD DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA** | | | | | | | | | |
| Solicito Asistencia de Emergencia de la División Infantil porque no tengo los recursos suficientes disponibles de inmediato para pagar los servicios para mí o para mi familia. | | | | | | | | | |
| PADRE/MADRE/TUTOR O REPRESENTANTE | | | | FECHA | | PADRE/MADRE/TUTOR O REPRESENTANTE | | | FECHA |
|  | | | |  | |  | | |  |
| REPRESENTANTE DE LA AGENCIA (EN NOMBRE DE UN NIÑO EN CUIDADO ALTERNATIVO) | | | | | | | | | FECHA |
|  | | | | | | | | |  |
| II. ELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE EMERGENCIA | | | | | | | | | |
| MIEMBROS DE LA FAMILIA (NOMBRES) | | | | | RELACIÓN CON EL NIÑO | | DCN (SI ES POSIBLE)  SSN (SI NO HAY DCN DISPONIBLE) | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
|  | | | | |  | |  | | |
| **COMPLETE LO SIGUIENTE (MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE)** | | | | | | | | | |
| **SÍ NO** |  | | | | | | | | |
|  | 1. Existe una emergencia por maltrato/negligencia infantil o “en riesgo” de maltrato/negligencia infantil y esta emergencia no surgió porque un miembro adulto de la familia se negó (sin causa justificada) al empleo o a la formación. | | | | | | | | |
|  | 1. Existe una emergencia porque este niño(s) corre el riesgo de requerir ser colocado fuera del hogar o en un entorno más restrictivo debido a la incapacidad de los padres u otros tutores de proporcionar la atención necesaria del servicio sin ayuda. | | | | | | | | |
|  | 2. Esta solicitud de Servicios de Asistencia de Emergencia fue presentada por un padre/madre, tutor legal o pariente específico de un menor de 21 años, o por un representante de la agencia en nombre de un menor de 21 años, que se encuentra bajo la custodia legal del estado. | | | | | | | | |
|  | 3. Este niño o familiar recibe AFDC [Ayuda a Familias con Hijos Dependientes], SSI [Seguro Social Suplementario], cupones de alimentos, Medicaid o no tiene suficientes recursos disponibles de inmediato para pagar los Servicios de Asistencia de Emergencia. | | | | | | | | |
|  | 1. Este niño ha vivido con un padre/madre o un pariente específico en los últimos seis meses. | | | | | | | | |
|  | 1. Después de completar la evaluación inicial de esta familia o hijo, considero que esta familia o niño cumple con los requisitos establecidos anteriormente y es elegible para los Servicios de Asistencia de Emergencia (cualquier respuesta negativa significa que la familia no es elegible). | | | | | | | | |
|  | 6. Los Servicios de Asistencia de Emergencia están autorizados durante un período no superior a 365 días a partir de la *Fecha de Inicio de la Autorización del Servicio.* | | | | | | | | |
| FECHA DE INICIO DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIO | | | AGENTE AUTORIZADO DEL ESTADO | | | | | FECHA | |
| FIRMA DE PADRE/MADRE/TUTOR O REPRESENTANTE | | | | | | | | FECHA | |

