

ACUERDO MUTUO RELACIONADO AL PROGRAMA DE Kin-GAP PARA DEPENDIENTES NO MENORES

| |
|---------------------|
| NOMBRE DEL CASO |
| FECHA DE NACIMIENTO |
| NÚMERO DEL CASO |

Solicito que el Departamento de Bienestar Público o la Oficina de Libertad Condicional (*Probation*) del Condado (ponga un círculo alrededor de la oficina pública apropiada)

de _____ o la tribu _____ continúe mi pago extendido del Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son los Tutores Legales de un Menor (Kin-GAP).

Tomando en cuenta mi responsabilidad, estoy de acuerdo en:

1. Ayudarle a la oficina pública responsable a determinar mi necesidad económica y mi elegibilidad mientras que estoy recibiendo un pago del Programa de Kin-GAP.
2. Mantener al corriente/Informarle a la oficina pública responsable y a mi tutor legal que es mi pariente si hay algún cambio en mis circunstancias o arreglos de vivienda.

Seleccionar los criterios a continuación:

3. Tengo más de 18 años de edad y tengo una incapacidad/discapacidad física o mental que está documentada y justifica la continuación de asistencia de Kin-GAP hasta que cumpla los 21 años de edad, en conformidad con las Secciones 11363(c)(2) y 11386(g)(2) del Código de Bienestar Público e Instituciones (W&IC).
4. Cumpló con al menos uno de los cinco criterios para participar como está establecido en la Sección 11403(b) del W&IC. Yo (marque todo lo que sea pertinente):
 - Estoy completando la preparatoria (*high school*) o un programa equivalente.
 - Estoy inscrito, o me estoy inscribiendo, en una escuela post-secundaria o vocacional.
 - Estoy participando en un programa o actividad que promueve el empleo o elimina las barreras para obtener un empleo.
 - Estoy empleado al menos 80 horas al mes.
 - No puedo participar en ninguno de los cuatro criterios mencionados anteriormente debido a mi condición física o mental que está documentada.
5. Mantener informada a la oficina pública responsable acerca de mi progreso en lo relacionado a mi programa de educación o entrenamiento.

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| FIRMA DEL JOVEN EN EL PROGRAMA DE Kin-GAP/REPRESENTANTE AUTORIZADO | | TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD DEL JOVEN EN EL PROGRAMA DE Kin-GAP |
| DIRECCIÓN | | DIRECCIÓN |
| NÚMERO DE TELEFONO DE LA CASA () | OTRO NÚMERO DE TELÉFONO () | NÚMERO DE TELEFONO DE LA OFICINA () |
| FECHA | | FECHA |