

DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL DEL ESTADO DE NEVADA
ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS
PROGRAMA DE CUIDADO POR PARIENTES

El Programa de Cuidado por Parientes proporciona una cantidad de beneficios de TANF y algunos servicios de apoyo a los niños que viven con un pariente cuidador que no es el padre.

Los requisitos específicos de elegibilidad para Cuidado por Parientes incluyen:

- Usted debe tener 62 años o más; y
- Los padres de los niños no viven en el hogar; y
- El niño(s) que usted está cuidando debe haber estado bajo su cuidado por lo menos seis (6) meses; y
- Pruebas de que usted tiene parentesco con el niño(s) por sangre o matrimonio; y
- Haber obtenido la tutela legal del Estado de Nevada o tribunal y cumplir con los requisitos impuestos por la corte.

Se debe cumplir con una prueba de ingresos brutos del 275% del Nivel Federal de Pobreza para el tamaño del hogar que incluye a los niños por los cuales se solicita y todos los adultos y niños con parentesco (por sangre o matrimonio) con los niños por los cuales se solicita. Si los ingresos contables brutos están al 275% o menos, solo se utilizan los ingresos del niño(s) para determinar la elegibilidad y el pago. Si los ingresos brutos exceden el 275%, el niño(s) no es elegible para recibir asistencia.

Se debe cumplir con todos los demás requisitos del programa TANF. Usted puede recibir beneficios de TANF solo para niños como un pariente cuidador que no es el padre, si es elegible, hasta que se determine la elegibilidad bajo Cuidado por Parientes. Si usted está recibiendo asistencia TANF solo para niños y luego califica para la asistencia de Cuidado por Parientes, la cantidad del beneficio de Cuidado por Parientes será efectiva el primer mes después del mes en que se cumplan todos los requisitos de elegibilidad de Cuidado por Parientes. Al aprobarse para Cuidado por Parientes, se cancelará la asistencia de TANF solo para niños.

SERVICIOS DE APOYO

Los beneficiarios de Cuidado por Parientes pueden ser elegibles para los siguientes servicios relacionados con el cuidado de los niños:

- Transporte;
- Cuidado de relevo;
- Remisiones a organizaciones comunitarias dependiendo de la necesidad de servicio.

Yo entiendo que si la División de Bienestar y Servicios de Apoyo Social (DWSS) descubre después que hice una declaración falsa o engañosa, que he falsificado, ocultado o retenido hechos para establecer o mantener la elegibilidad del programa, mis beneficios pueden ser reducidos/terminados. Soy responsable por el reembolso de todo el dinero, servicios y beneficios para los cuales no tenía derecho a recibir. Además, entiendo que puedo ser descalificado de participar en el programa, procesado criminalmente, o penalizado de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables.

Al firmar este formulario, elijo solicitar asistencia de Cuidado por Parientes.

Firma del cliente

Firma del Gerente del Caso

UPI del Caso

Fecha

Número de teléfono

Fecha