Formulario para Kinship Care
Año escolar 2026-2027

***Kinship Care*: Definición**

El Código de Virginia § 63.2-100 define el acogimiento familiar (*Kinship Care*) como el cuidado, la crianza y la protección a tiempo completo de niños por parte de familiares. La Política de Admisiones J-5.3.30 de las Escuelas Públicas de Arlington define a un pariente como "una persona unida a otra por sangre o afinidad".

Propósito de este formulario

Este formulario verifica que el (la) estudiante está bajo el cuidado de un pariente que proporciona Kinship Care y no reside en Arlington con fines de inscribirse o asistir a la escuela. Los funcionarios de las Escuelas Públicas de Arlington (APS) sólo deben recoger este formulario si:

- La persona que tiene a cargo el cuidado del (de la) estudiante a tiempo completo no es el padre, tutor legal ni la persona designada por los tribunales, **y**
- El padre, tutor / tutor legal no puede proporcionar el cuidado, la crianza y la protección a tiempo completo debido a graves dificultades familiares.

Determine si usted es un pariente que puede proporcionar Kinship Care

Para **ser elegible** como un pariente que proporciona Kinship Care:

- El (la) estudiante inscripto(a) debe *residir* con el pariente que proporciona Kinship Care.
- El pariente que proporciona Kinship Care *debe proveer al (a la) estudiante cuidado, crianza y protección a tiempo completo.*
- Los padres, tutores / tutores legales del (de la) estudiante no pueden proporcionar cuidado, crianza y apoyo a tiempo completo debido a graves dificultades familiares.

Usted **no es elegible** para ser considerado un pariente que proporciona Kinship Care en uno de estos casos:

- No está emparentado con el (la) estudiante por consanguinidad o afinidad.
- No proporciona cuidado, crianza y protección a tiempo completo.
- Los padres, tutores o tutores legales del (de la) estudiante no tienen graves dificultades familiares.
- El (la) estudiante vive con Ud. para propósitos educativos únicamente.

El pariente que proporciona Kinship Care debe:

- Proveer comprobación de residencia en Arlington, como se requiere en el Formulario de Inscripción de Estudiantes de APS, **y**
- Establecer su relación con el (la) estudiante como un pariente elegible para proporcionar Kinship Care.

<u>Requisitos de documentación para Kinship Care</u>

Un pariente que proporciona Kinship Care debe presentar documentación que respalde su solicitud.
Los documentos de respaldo aceptables incluyen:

- **Documentación oficial del gobierno (federal o del Estado de Virginia)** emitida dentro de los últimos 12 meses, que demuestre que el cuidador recibe beneficios públicos o médicos en nombre del (de la) estudiante, entre otros:
  - *Notificación Anual de Beneficios del Programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)*
  - *Notificación de verificación de ingresos o carta de aprobación de recertificación de Asistencia Temporal para Familias Carenciadas (TANF)*
- **Una atestación del pariente que proporciona Kinship Care completada y firmada por un profesional legal, médico o de servicios sociales** que atestigüe el estatus del pariente respecto del (de la) estudiante, emitida dentro de los 12 meses inmediatamente anteriores a la revisión por la escuela de los documentos de residencia.
- **Documentación emitida por el gobierno** que confirme que el padre / tutor legal está en prisión o ha fallecido.
- **Documentación expedida por el ejército** que demuestre que el padre / tutor legal ha sido destinado a un lugar en el que su hijo(a) no puede residir con ellos

Formulario para Kinship Care
Año escolar 2026-2027

Lista de comprobación para familiares o parientes que solicitan Kinship Care

La siguiente lista de comprobación puede ayudar a determinar si usted reúne los requisitos como familiar que provee Kinship Care. Si bien la lista no es exhaustiva, su finalidad es servir de guía general.

1. **¿ Está emparentado con el (la) estudiante por consanguinidad o afinidad? Puede proporcionar Kinship Care si:**
   - □ Usted es hermano(a), tía, tío, abuelo(a), primo(a), etc. del (de la) estudiante.
   - □ Tiene una relación duradera y establecida con el (la) estudiante (p. ej. padrino o amigo íntimo de la familia).
   - □ Convive con el padre / la madre / tutor(a) legal.
2. **Cuidado a tiempo completo: ¿Proporciona los siguientes cuidados diarios?**
   - □ Se encarga de bañar, alimentar y vestir al (a la) estudiante.
   - □ Supervisa las actividades del (de la) estudiante.
   - □ Brinda ayuda con otras necesidades de cuidado físico.
   - □ Proporciona un lugar para que el (la) estudiante duerma.
3. **Crianza: ¿Realiza las siguientes actividades de crianza?**
   - □ Asiste a las reuniones escolares.
   - □ Participa en las actividades extraescolares del (de la) estudiante.
   - □ Disciplina al (a la) estudiante estableciendo y aplicando normas o límites.
   - □ Se asegura de que el (la) estudiante reciba la atención médica necesaria.
4. **Protección: ¿Realiza las siguientes actividades de protección?**
   - □ Le proporciona ropa y cobijo.
5. **El (La) estudiante, ¿vive con usted sólo con fines educativos?**

   Si marcó una de las siguientes casillas, es posible que no se lo pueda considerar como pariente para Kinship Care:
   - □ Los padres o tutores legales desean que el (la) estudiante asista a la escuela en Estados Unidos.
   - □ Los padres o tutores legales creen que Arlington ofrece una educación mejor que la del lugar donde residen.

Pasos para el posible proveedor de Kinship Care

1. **Reúna la documentación-** Prepare la documentación de *Kinship Care* que demuestre que los padres o tutores legales no pueden proporcionar cuidado, crianza y protección a tiempo completo debido a una o más de las siguientes dificultades**:**
   - □ No viven con el (la) estudiante debido a negligencia y / o malos tratos
   - □ Tienen un destino militar activo
   - □ Padecen una enfermedad grave
   - □ Han abandonado al (a la) estudiante
   - □ Están en prisión
   - □ Han fallecido

   Consulte la lista de documentos de respaldo aceptables en la página 1 del formulario de Kinship Care.
2. **Complete y certifique ante notario el formulario de Kinship Care -** Asegúrese de que toda la información requerida se haya completado con exactitud y que la página 3 del formulario de Kinship Care esté debidamente certificada ante notario público antes de presentarlo.
3. **Presente el formulario de Kinship Care y la documentación**

   Presente el formulario de Kinship Care completado y notarizado, y toda la documentación requerida, en persona a: *APS, Oficina de Inscripción de Estudiantes y Servicios Lingüísticos, 2110 Washington Boulevard, 1er Piso, Arlington, VA 22204 Horario: Lunes a viernes de 8:00 a. m. a 4:00 p. m. Teléfono: 703-228-8000 (Opción 1)*

Antes de completar el formulario para Kinship Care de APS, por favor revise lo siguiente:

- **Elegibilidad y documentación:** Asegúrese de que cumple los criterios de elegibilidad.
- **Reúna la documentación requerida:** Tenga lista toda la documentación necesaria antes de presentar el formulario.

¿Necesita ayuda o desea una cita? Llame al 703-228-8000 (Opción 1) para solicitar ayuda.

Spanish

Formulario para Kinship Care
Año escolar 2026-2027

Este formulario debe estar notarizado y debe presentarse con la documentación de respaldo.

INFORMACIÓN DEL (DE LA) ESTUDIANTE

Nombre de pila:_____Apellido_____Identificación de (la) estudiante de APS_____

INFORMACIÓN DEL PARIENTE DE KINSHIP CARE

Nombre de pila: _____Apellido: _____
Dirección:_____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Relación con el (la) estudiante:_____ Fecha en que el (la) estudiante comenzó a vivir con usted:_____

Seleccione todas las que correspondan

□ Estoy emparentado c on el (la) estudiante por sangre o afinidad □ El (La) estudiante vive conmigo
□ Proporciono crianza y protección para el (la) estudiante □ Proporciono cuidado a tiempo completo para el estudiante

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTOR(A) LEGAL

Padre / Tutor Legal 1

Nombre de pila_____ Apellido: _____
Dirección:_____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

No puede proveer cuidado, crianza y protección a tiempo completo por una de las siguientes graves dificultades familiares

□ No vive con el (la) estudiante por negligencia y / o abuso □ Ha abandonado a (a la) estudiante
□ Tiene un destino militar activo □ Está en prisión
□ Padece una enfermedad grave □ Ha fallecido

Padre / Tutor Legal 2

Nombre de pila_____ Apellido: _____
Dirección:_____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

No puede proveer cuidado, crianza y protección a tiempo completo por una de las siguientes graves dificultades familiares:

□ No vive con el (la) estudiante por negligencia y / o abuso □ Ha abandonado a (a la) estudiante
□ Tiene un destino militar activo □ Está en prisión
□ Padece una enfermedad grave □ Ha fallecido

CONFIRMACIÓN DE LA CONDICIÓN DE PARIENTE PROOVEDOR DE KINSHIP CARE

Al firmar aquí, juro y doy fe de que soy el pariente que proporciona Kinship Care y que el padre, tutor o tutor legal no puede proporcionar dicho cuidado, crianza y protección a causa de una dificultad familiar grave y que el (la) estudiante no vive conmigo sólo con fines educativos. Asimismo, acepto que todas las disposiciones establecidas en el Formulario de Inscripción para estudiantes de APS se incorporan y fusionan en el presente. Entiendo que este formulario vence el 30/06/2026. Si las mismas condiciones de Kinship Care continúan el próximo año escolar, necesitaré completar los pasos requeridos nuevamente.

Firma del pariente que proporciona Kinship Care: _____ **Fecha:** _____

NOTARIO PÚBLICO

Por la presente certifico que en este _____ (día) de _____ (mes) _____

(año), los suscriptores arriba mencionados comparecieron personalmente ante mí y prestaron juramento en debida forma de

la ley de que los hechos precedentes son ciertos a su leal saber y entender, bajo pena de perjurio.

Mi ejercicio de funciones como Notario Público caduca_____/_____/_____ **Notario Público** _____

APS OFFICIAL USE ONLY

I reviewed the relative providing Kinship Care status as specified above and the registering adult □ meets / □ does not meet all criteria as a relative providing Kinship Care and that the parent or legal guardian □ is able to provide full time care, nurturing and protection / □ is unable to provide full time care, nurturing and protection due to serious family hardship. The student □ is / □ is not residing in Arlington only for purposes of education. **Rationale for decision including presence or absence of documentation:** _____

I certify, under the penalties of perjury, that I have personally reviewed all the documents presented and affirm that the information represented above is true to the best of my knowledge, information, and belief. I also affirm that all supporting documentation to this form will be retained by the school and made available to APS administration, external auditors, and other agencies as permitted under the Code of Virginia, upon request.

Name School Official: _____

Signature: _____ **Date:**_____

TRADUCCIÓN PARA PROPÓSITOS INFORMATIVOS SOLAMENTE