



Este formulario debe ser completado antes de cumplir los 23 años (veintitrés) por cualquier adulto joven de 18 (dieciocho) años o más que haya salido de la custodia estatal de Cuidado de Crianza (en o después de su cumpleaños número 18) y desee solicitar el restablecimiento de los Servicios de Bright Futures. Este formulario también puede ser completado por cualquier adulto joven de 18 (dieciocho) años o más que haya salido del cuidado de crianza en o después de su cumpleaños número 16, ya sea por Adopción o por Guardia Permanente Subsidiada (SPG). El formulario puede ser entregado en cualquier oficina del DCS del condado en la región donde vive el adulto joven. El personal de la Oficina de Vida Independiente de esa área revisará la solicitud y el registro del caso para determinar la elegibilidad.

Por favor escriba en letra de imprenta

Fecha: _____

Información requerida

Nombre completo: _____ Últimos 4 de SSN: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Contacto de emergencia: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Vivienda actual:

Dormitorio Apartamento Hogar adoptivo anterior Vivienda temporal Sin vivienda
Otro

Explique cualquier otra cosa que desee informarnos sobre su vivienda actual:



Programa educativo actual (incluya los avances, necesidades especiales):

¿Está trabajando actualmente? Si No

Si respondió que sí, incluya el nombre del empleador y la duración del empleo actual:

INFORMACIÓN DEL ADMINISTRADOR DE CASO DEL DCS ANTERIOR (si se conoce):

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Condado: _____ Teléfono de oficina: _____

No. de fax de oficina: _____ Nombre del supervisor: _____

Teléfono del supervisor: _____

Indique su situación al salir de la custodia del Estado

- Cumplí 18 años mientras estaba en la custodia del Estado.
- Salí de la custodia del Estado antes de cumplir 18 años.
- Estaba en situación de justicia de menores (Juvenile Justice) mientras estaba en la custodia del estado.

Comentarios adicionales (metas educativas, circunstancias especiales, incentivos solicitados, necesidades urgentes, etc.):

Consulte la página web de "Forms" para obtener la versión actual e ignore las versiones anteriores. Este formulario no debe alterarse sin la previa autorización.

Distribución: Administrador Regional, Director/Designado de IL, adulto joven, expediente de extensión de adopción temporal



Comprendo que puedo recibir lo siguiente, si soy elegible:

- Una evaluación de habilidades para la vida individualizada de mis fortalezas y necesidades, si así lo deseo.
- Trabajador de Servicios Familiares asignado u otro personal para ayudarme a satisfacer mis necesidades y quien se reunirá conmigo según la política.
- Un Plan de Transición desarrollado con la ayuda del Trabajador de Servicios Familiares (utilizando los resultados de la evaluación, según corresponda).
- Evaluación y actualización cada año de mi Plan de Transición, o con mayor frecuencia si las circunstancias lo ameritan.
- Capacitación en habilidades de la vida, que puede incluir instrucción en salón de clases, talleres y oportunidades de instrucción en línea.
- Ayuda para intentar objetivos relacionados con la obtención de un diploma de secundaria (High School), un diploma de equivalencia (GED), educación post-secundaria para incluir programas que eliminen las barreras al empleo remunerado, o servicios relacionados con una discapacidad.
- Ayuda monetaria a través del Financiamiento IL Wraparound, colocación u otro apoyo de vivienda, y el Vale de Capacitación Educativa Chafee o la Beca de Financiamiento Estatal (según la política).
- Supervisión continua del tribunal, ya sea a través de la junta de revisión de adopción temporal o un juez, para ayudar a asegurarse que estoy recibiendo los servicios que necesito; esto incluye la notificación previa de las fechas de revisión.

Firma del adulto joven

Fecha

Especialista del Programa de IL

Fecha

Firma del Director/Designado del Programa IL

Fecha

La solicitud es: Aprobada Rechazada