



Servicios de Preservación de Familias

Departamento para Niños y Familias

Plan de Servicios Inicial

PPS 3048
Ene-20
Página 1 de 2

Sección I - Datos de la familia

Nombre del caso: _____	Nro. "FACTS" del caso: _____	Condado: _____
Nombre Menor 1: _____	Fecha de nac.: _____	Nombre padre/madre: _____
Nombre Menor 2: _____	Fecha de nac.: _____	Nombre padre/madre: _____
Nombre Menor 3: _____	Fecha de nac.: _____	Otro: _____
Nombre Menor 4: _____	Fecha de nac.: _____	Otro: _____

Oficina de DCF local: _____ Personal asignado de DCF: _____
 Proveedor: _____ Personal asignado del proveedor: _____

Sección II - Información evaluativa

¿Qué espera ganar de los servicios de preservación de familias?

¿Qué usted considera son algunas de las fortalezas y recursos de su familia?

¿Hay riesgos de seguridad o preocupaciones respecto a su familia? No Sí En caso de que sí, comparta más detalles:

Sección III - Actividades que deben efectuarse de inmediato

Estas actividades deben abordar las preocupaciones de la familia y las fortalezas descritas en la Sección II.

Por orden judicial	Actividad	¿Quién participará?	Se prevé completarla	Se completó
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Ejemplo:

Por orden judicial	Actividad	¿Quién participará?	Se prevé completarla	Se completó
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Participar en las evaluaciones obligatorias, excepto cuando se hayan completado dentro de los últimos seis meses y los resultados están disponibles.</i>	<i>Padres/cuidadores y niños/jóvenes de edad adecuada</i>	<i>mm/dd/aa</i>	<i>mm/dd/aa</i>

Por orden judicial	Actividad	¿Quién participará?	Se prevé completarla	Se completó
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

Si este plan no se completa, acordamos lo siguiente: _____

Sección V - Participación en el Plan de Servicios

Con mi firma a continuación, los participantes (1) *aceptan participar en las actividades indicadas arriba, en pos del desarrollo de un Plan de Caso Familiar, (2) entienden que este Plan de Servicio Inicial puede ser entregado a los participantes de este plan y (3) pueden compartir información entre los participantes según sea necesario para completar con éxito el plan del caso.*

	Nombre letra de molde	Firma	Fecha	Participación
Menor 1				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Menor 2				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Menor 3				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Menor 4				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Padre/Madre				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Padre/Madre				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Padre/Madre				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Padre/Madre				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Personal de Preservación de familias				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Personal de DCF				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Terapeuta				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
Educador(a)				<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono

