

Plan de Servicios/Preservación para Familias

Preservación de la Familia **Servicios para la Familia**

Sección 1:															
Nombre de Caso:				Número de Caso FACTS:			Al cuidado de:								
Nombre del Niño:		Fecha de			Nombre del Padre:										
Nombre del Niño:		Fecha de			Nombre del Padre:										
Nombre del Niño:		Fecha de			Otro:										
Nombre del Niño:		Fecha de			Otro:										
Oficina Local del DCF:		Personal Asignado del DCF:													
Proveedor:		Personal Asignado del Proveedor:													
Fecha de la Conferencia de Planificación de Caso:		El Plan de Caso tiene vigencia desde:					Para:								
Sección 2:															
Motivo para Involucrar a la Agencia (Incluir la Perspectiva Familiar):															
Virtudes y Recursos Individuales/Familiares:															
Objetivos de Permanencia:				<input type="checkbox"/>	Mantener en el hogar										
Discapacidad Diagnosticada del/de los Niño(s):				<input type="checkbox"/>	s	<input type="checkbox"/>	no								
Tipo de Discapacidad:					Fecha del Diagnóstico:										
Niño(s) que Recibe(n) Los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS por sus siglas en inglés):				<input type="checkbox"/>	si			<input type="checkbox"/>	no						
Tipo de Servicio de Exención del HCBS:		<input type="checkbox"/>	Retraso mental / Discapacidades del Desarrollo		<input type="checkbox"/>	Desórdenes Emocionales Serios		<input type="checkbox"/>	Lesión Cerebral Traumática	<input type="checkbox"/>	Asistido por la Tecnología	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	Centro de Tratamiento Residencial Psiquiátrico
Por favor describa;															
Sección 3:															

Plan de Servicios/Preservación para Familias

Qué sucederá si este plan es cumplido:
Qué sucederá si este plan no es cumplido:
Resumen del Progreso realizado para alcanzar el objetivo del plan de caso desde el último Plan de Caso:

Sección 4 Incluir por lo menos uno y no más de 3 objetivos de permanencia, incorporando los recursos de la familia.

Número de Objetivo de Mantenimiento _____					
Número de Tarea	Tareas Cuantificables a Corto Plazo para Alcanzar el Objetivo	Orden Judicial	Persona Responsable	Fecha Objetivo	Fecha en que fue Alcanzado

Criterios para el Éxito (Qué será Diferente)
--

Número de Objetivo de Mantenimiento _____					
Número de Tarea	Tareas Cuantificables a Corto Plazo para Alcanzar el Objetivo	Orden Judicial	Persona Responsable	Fecha Objetivo	Fecha en que fue Alcanzado

Plan de Servicios/Preservación para Familias

Criterios para el Éxito (Qué será Diferente)

Número de Objetivo de Permanencia _____

Número de Tarea	Tareas Cuantificables a Corto Plazo para Alcanzar el Objetivo	Orden Judicial	Persona Responsable	Fecha Objetivo	Fecha en que fue Alcanzado

Plan de Servicios/Preservación para Familias

Crterios para el Éxito (Qué será Diferente)

Sección 5:

Firmas de los Participantes/Fechas (Para los participantes que no sean familiares, la información compartida es confidencial y no debe ser divulgada).

	Nombre en Letra de Imprenta	Firma	Código de Participación	Fecha
Niño				
Administrador del Caso				
Personal del DCF				
Terapeuta				
Educador				
Otro				
Otro				
Otro				

Códigos de Participación: IP – participó en persona, BP – participó por teléfono, NI – realizó aportes

Firmas de los Padres:

He participado en el desarrollo de este plan. Entiendo que este plan de caso firmado puede ser divulgado a los participantes en este plan y ellos pueden compartir entre los participantes la información necesaria para implementar el plan.

Firma del Padre

Fecha

Firma del Padre

Fecha

Firma del Padre

Fecha

Firma del Padre

Fecha

Plan de Servicios/Preservación para Familias

Sección 6 Para ser Utilizado Solamente por el DCF: *Candidatura para Cuidado*

Ante la ausencia de la provisión de servicios listados en el plan de caso para garantizar la seguridad y el bienestar del niño, se determinará que el niño se encuentra en riesgo inminente de ser retirado del hogar y es por lo tanto, un Candidato para Cuidado.

Nombre del Niño	Candidato para Cuidado				Razón para el riesgo inminente de retiro
	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	
	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	
	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	
	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	
	<input type="checkbox"/>	si	<input type="checkbox"/>	no	

 Firma del Trabajador Social del DCF

 Fecha

