

Plan de Permanencia para un Niño en Custodia

Sección 1:												
Nombre de Caso:			Número de Caso FACTS:			Al cuidado de:						
Nombre del Niño:			Fecha de Nacimiento:		Número de Caso Judicial:							
Oficina Local del DCF:			Personal Asignado del DCF:									
Proveedor:			Personal Asignado del Proveedor:									
Fecha de la Conferencia de Planificación de Caso:												
Sección 2:												
Motivo para Involucrar a la Agencia (Incluya la Perspectiva Familiar):												
Virtudes y Recursos Individuales/Familiares:												
Objetivo de Permanencia (marque uno de los siguientes):												
<input type="checkbox"/>	Mantener en el hogar	<input type="checkbox"/>	Reintegración	<input type="checkbox"/>	Adopción	<input type="checkbox"/>	Custodia/Tutelaje <input type="checkbox"/> con un pariente <input type="checkbox"/> con alguien que no es un pariente	<input type="checkbox"/>	Otros Arreglos de Permanencia Planificadas de Vivienda (OPPLA)			
Plan Coexistente (si fuera aplicable y la Reintegración también fuera un objetivo)						<input type="checkbox"/>	Adopción	<input type="checkbox"/>	Custodia/Tutelaje	<input type="checkbox"/>	OPPLA	
Niño que Recibe los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS, por sus siglas en inglés):						<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no			
Tipo de Servicio de Exención del HCBS:		<input type="checkbox"/>	Discapacidades Intelectuales/del Desarrollo	<input type="checkbox"/>	Desórdenes Emocionales Serios	<input type="checkbox"/>	Lesión Cerebral Traumática	<input type="checkbox"/>	Asistidos por la Tecnología	<input type="checkbox"/>	Autismo	
Sección 3:												
Qué sucederá si este plan es cumplido:												

Plan de Permanencia para un Niño en Custodia

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 Incluya al menos uno y no más de 3 objetivos de permanencia, incorporando las virtudes de la familia.

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

Criterios para el Éxito

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 Permanencia para un Niño en Custodia

--	--	--	--	--	--

Criterios para el Éxito

--

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

Criterios para el Éxito

--

Sección 5:

Plan de Interacción /Visita – Considere el plan general para los contactos: Se deberá documentar un cronograma específico en el PPS 3053.

Padre/Niño:

--

Hermanos:

--

Plan de Permanencia para un Niño en Custodia

Trabajador/Niño:

Trabajador/Madre:

Trabajador/Padre:

Sección 6:

Colocaciones: Adjunte un listado impreso de la colocación actual y de todas las colocaciones desde el último plan de caso. Para cada colocación, documente si fue segura, cubre las necesidades del niño, menos restrictiva, coherente con el mejor interés del niño, en proximidad de los padres (si la reintegración es el objetivo del plan de caso (CP, por sus siglas en inglés), y cómo fue considerada la proximidad del hogar a la escuela y si se evaluó si el establecimiento educativo era apropiado para el niño.

Número de Colocación	¿Es/Fue Segura la Colocación?	¿Cumple/Cumplió con las Necesidades del Niño?	¿Es/Fue Menos Restrictiva la Colocación?	¿Es/Fue la Colocación en Proximidad de los Padres?	¿Es/Fue la Colocación en Proximidad de la Escuela?	¿Es/Fue Apropiado el Establecimiento Educativo?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Explicación Para Cualquier Respuesta Negativa:

Motivos para los Traslados y las Reacciones del Niño al Traslado:

Cómo fueron considerados los parientes maternos y paternos para la colocación desde el último plan de caso:

Plan de Permanencia para un Niño en Custodia

Sección 7:
Plan Niño/Joven (para garantizar el bienestar y la estabilidad mientras está en custodia)
Resumen del bienestar del niño desde el último Plan de Caso (incluya la autorización para dormir en casa de amigos/as, cuidado personal, restricción física, conducir o actividades de alto riesgo, cuando corresponda.):

Condición de Bienestar del Niño:					Necesidades Específicas a ser Tratadas:	
	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no	Necesidad Identificada	Número de Tarea que Atiende
Necesidades Médicas/Odontológicas /de la Vista	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no		
Necesidades de la Salud Mental	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no		
Necesidades de Discapacidad del Desarrollo	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no		
Necesidades de Tratamiento por Alcohol/Drogas	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no		
Necesidades Sociales y Emocionales	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no		
Necesidades Educativas	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no		
Necesidades de Colocación	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no		
Necesidad de Determinación de la Ley de Bienestar Infantil del Niño Indígena (ICWA, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no		

Recibió Tratamiento Oportuno para:							En esta fecha:
Necesidades Médicas	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	NA	
Necesidades Odontológicas	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	NA	
Necesidades de la Vista	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	NA	
Necesidades de la Salud Mental	<input type="checkbox"/>	sí	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	NA	

Sección 8:				
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/a				
En caso de edad 14 o mayor, mi firma reconoce que recibí y me fue explicado: Anexo 7D, Conoce sus Derechos como un Joven bajo Cuidado Sustituto en Kansas; mis derechos de salud; y el derecho a tener una revisión anual de mis créditos.				
Tutor Ad Litem (GAL por sus siglas en inglés)				
Defensor Especial Designado por la Corte (CASA, por sus siglas en inglés)				

Plan de Permanencia para un Niño en Custodia

3ra. Parte			
Coordinador IL			
Administrador de Caso de Proveedor de Administración de Caso para el Bienestar del Niño (CWCMP, por sus siglas en inglés)			
Personal del DCF:			
Terapeuta			
Educador			
Madre/Padre Sustituta/o			
Exención de Administrador de Caso			
Otra			
Otra			
Otra			

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

