

## Revisión del Plan de Permanencia / Familiar

El propósito de este formulario es comunicarles a la familia y a otros miembros del equipo de planificación de caso el progreso en el caso entre las revisiones del plan de permanencia. Debe ser completado por lo menos una vez durante el marco de tiempo del plan de permanencia, pero no es necesaria una reunión formal. Este formulario también puede ser utilizado para actualizar el plan de caso cuando el objetivo del plan de caso es mantener en el hogar y el niño ha estado durante un período corto (menos de 30 días) en permanencia fuera del hogar (ST OOH por sus siglas en inglés) en una instalación de detención o un Centro de Tratamiento Residencial Psiquiátrico (PRTF por sus siglas en inglés). En este formulario también se puede anotar información actualizada acerca de la discapacidad de un niño.

Nombre de Caso:	Número de Página de
-----------------	---------------------

Número de Caso FACTS	Fecha de la Conferencia de Planificación de Caso:
----------------------	---------------------------------------------------

Fecha de la Revisión del Plan de Permanencia:	O Fecha de permanencia ST OOH del Plan de Caso (CP):
-----------------------------------------------	------------------------------------------------------

Narración: Se adjunta progreso en los objetivos y tareas; la opinión acerca de los Criterios para el Éxito y desarrollos o informe del Proveedor de Administración de Caso:

Se ha recibido información médica confirmando la(s) discapacidad(es) del niño. Ver adjunto PPS 3052.

Revisión del plan de caso para niños con objetivo de permanencia en el hogar que han estado durante un período corto en permanencia OOH.

Tareas a ser agregadas para tratar la razón para la permanencia ST OOH:

(Nota: También se deben completar las Secciones 1 y 2 del PPS 3052. Si fuera necesario, se debe utilizar la Página 5 del PPS 3051 para firmas adicionales.)

Comentarios del Padre:

Fecha en que el informe de revisión fue proporcionado/enviado por correo a la familia, al Departamento para Niños y Familia (DCF por sus siglas en inglés) y a otros miembros del equipo de planificación de caso:

Firma del/de los Padre(s):

Fecha:

Firma de la persona que completa esta solicitud. Fecha:

