Departamento para Niños y Familias

Servicios de Preservación de 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Sección IV – Actividades evaluativas

Ejemplo:

PPS 3048

Ene-20 Página 2 de 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Por orden judicial | Actividad | ¿Quién participará? | Se prevé completarla | Se completó |
| *X* | *Participar en las evaluaciones obligatorias, excepto cuando se hayan completado dentro de los últimos seis meses y los resultados están disponibles.* | *Padres/cuidadores y niños/jóvenes de edad adecuada* | *mm/dd/aa* | *mm/dd/aa* |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Por orden judicial | Actividad | ¿Quién participará? | Se prevé completarla | Se completó |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Menor 2 |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Menor 3 |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Menor 4 |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Padre/Madre |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Padre/Madre |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Padre/Madre |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Padre/Madre |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Personal de Preservación de familias |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Personal de DCF |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Terapeuta |  |  |  | En persona Por teléfono |
| Educador(a) |  |  |  | En persona Por teléfono |