

A. Family Case Plan Face Sheet (Hoja de Cubierta del Plan de Caso Familiar)

Nombre del niño:		IDENTIFICACIÓN FACS:		Identificación del Estado:		Fecha del plan:	
Meta de permanencia:		Etiqueta NBR de la corte:		Siguiete tipo de audiencia:		Siguiete fecha en la corte:	
Fecha de nacimiento:		Condado financiero:		Estatus legal:		Sexo:	
Tipo de ubicación: <input type="checkbox"/> Acuerdo de ubicación voluntaria <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> Hogar con padre(s) <input type="checkbox"/> Ubicación con parientes				Trabajador asignado:			
Ubicación y dirección actuales:						Número de teléfono:	

Miembros de la familia					
Sexo: Masculino (M), Femenino (F)					
Nombre	FDN/FDM	Sexo	Papel	Dirección/ Teléfono	Comment

Historia del servicio – participación del DHS			
Sin Family Centered Services, el retiro es inminente:			
Razón del riesgo principal de retiro:			
Fechas del servicio: De: Para:		Razón de la participación:	
Nombre del proveedor:		Razón para discontinuar el servicio:	
Dirección del proveedor:			
Servicios suministrados adquiridos:			
Nombre del proveedor	Servicio ofrecido	De	To

B. Family Case Plan (Plan de Caso Familiar)

Nombre del niño:	IDENTIFICACIÓN FACS:
Participantes del plan familiar:	Fecha del plan inicial:
Padre/cuidador:	
Niño:	Reunión del equipo familiar:
Niño:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trabajador social del DHS:	Fecha anticipada de cierre del caso:
Padre/cuidador:	
Otros:	Trabajador social del DHS:
Otros:	

Composición del hogar:	
Cuidador:	Cuidador:
Nombre del niño:	Nombre del niño:
Nombre del niño:	Nombre del niño:
Otros:	Otros:

B. Family Case Plan (Plan de Caso Familiar)

Dominio de funcionamiento familiar

Bienestar del niño (<i>Identifique las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del niño, el bienestar del niño y la familia y la permanencia del menor</i>)		
<input type="checkbox"/> Salud mental del niño	<input type="checkbox"/> Desempeño escolar	<input type="checkbox"/> Relación con el/los cuidador(es)
<input type="checkbox"/> Comportamiento del niño	<input type="checkbox"/> Motivación/Cooperación para permanecer con la familia	<input type="checkbox"/> Relación con los hermanos
<input type="checkbox"/> Relación con compañeros		
Narración:		
Meta:	Fecha de modificación	Fecha en que se alcanzó
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo		
1.		
2.		
3.		
Comentarios:		

Habilidades paternas (<i>Identifique las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del niño, el bienestar del niño y la familia y la permanencia del menor</i>)		
<input type="checkbox"/> Supervisión de niños	<input type="checkbox"/> Prácticas disciplinarias	<input type="checkbox"/> Desarrollo y enriquecimiento
<input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Salud física	<input type="checkbox"/> Uso de drogas y alcohol
Narración:		
Meta:	Fecha de modificación	Fecha en que se alcanzó
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo		
1.		
2.		
3.		
Comentarios:		

B. Family Case Plan (Plan de Caso Familiar)

Seguridad familiar <i>(Identifique las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del niño, el bienestar del niño y la familia y la permanencia del menor)</i>		
<input type="checkbox"/> Abuso físico del menor	<input type="checkbox"/> Abuso sexual del menor	<input type="checkbox"/> Abuso emocional del menor
<input type="checkbox"/> Abandono del menor	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	
Narración:		
Meta:	Fecha de modificación	Fecha en que se alcanzó
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo		
1.		
2.		
3.		
Comentarios:		

Interacciones familiares <i>(Identifique las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del niño, el bienestar del niño y la familia y la permanencia del menor)</i>		
<input type="checkbox"/> Creación de lazos con el niño	<input type="checkbox"/> Expectativas del niño	<input type="checkbox"/> Apoyo mutuo en la familia
<input type="checkbox"/> Relación entre padres/cuidadores		
Narración:		
Meta:	Fecha de modificación	Fecha en que se alcanzó
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo		
1.		
2.		
3.		
Comentarios:		

B. Family Case Plan (Plan de Caso Familiar)

Ambiente familiar <i>(Identifique las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del niño, el bienestar del niño y la familia y la permanencia del menor)</i>		
<input type="checkbox"/> Estabilidad de vivienda <input type="checkbox"/> Seguridad en la comunidad <input type="checkbox"/> Habitabilidad <input type="checkbox"/> Alimentación/nutrición <input type="checkbox"/> Manejo financiero <input type="checkbox"/> Higiene personal <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Ambiente de aprendizaje <input type="checkbox"/> Ingresos/empleo		
Narración:		
Meta:	Fecha de modificación	Fecha en que se alcanzó
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo		
1.		
2.		
3.		
Comentarios:		

Otros <i>(Identifique las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del niño, el bienestar del niño y la familia y la permanencia del menor)</i>		
Narración:		
Meta:	Fecha de modificación	Fecha en que se alcanzó
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo		
1.		
2.		
3.		
Comentarios:		

B. Family Case Plan (Plan de Caso Familiar)

Revisión	
Fecha de revisión:	¿Esta revisión se llevó a cabo mediante una Reunión del Equipo Familiar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen y recomendaciones de la revisión:	

C. Child Placement Plan (Plan de Ubicación del Niño)

Nombre del niño	IDENTIFICACIÓN FACS:
FDN:	Fecha prevista de regreso al hogar:
Fecha del plan familiar:	Fecha de la ubicación inicial:
Tipo de ubicación: <input type="checkbox"/> Orden judicial <input type="checkbox"/> VPA	Fecha de la ubicación actual:
Contrario al lenguaje de bienestar en una orden judicial apropiada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lenguaje de esfuerzos razonables en una orden judicial apropiada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Meta de permanencia	
<input type="checkbox"/> Permanecer en casa	<input type="checkbox"/> Adopción
<input type="checkbox"/> Regresar al niño a casa	<input type="checkbox"/> Transferir la custodia o guarda a un pariente
<input type="checkbox"/> Transferir custodia al otro padre	<input type="checkbox"/> Transferir custodia y guarda a una persona adecuada
<input type="checkbox"/> Otros arreglos permanentes de vivienda planificados	

Valoración concurrente de metas
Hay un buen diagnóstico para la rehabilitación de la condición del niño o los padres que permitiría un regreso seguro del niño a casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se espera que el niño regrese a casa dentro de los seis primeros meses de ubicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta a cualquiera de las anteriores es NO, se requiere de una meta concurrente de permanencia.

Metas concurrentes <i>(llene únicamente si se indica por la Valoración Concurrente de Meta)</i>

Dominio del bienestar del niño			
Salud mental	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Relación con compañeros	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Comportamiento	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Relación con los hermanos	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Desempeño escolar	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Motivación para mantener la familia	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Relación con el cuidador	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		

C. Child Placement Plan (Plan de Ubicación del Niño)

Consideraciones para revisión del nivel de ubicación <i>(Basado en sus observaciones, contactos y valoración de las fortalezas y necesidades individuales del niño, determine el nivel de ubicación más apropiado para este niño)</i>	
<input type="checkbox"/> Nivel uno (no RTSS)	Un niño que no tiene o que tiene apenas ocasionales problemas de manejo de emociones y/o comportamiento, que interfieren con su habilidad para operar en la familia, la escuela y/o la comunidad. El niño no tiene necesidades médicas especializadas. El foco de atención es la tranquilidad, consistencia y actividades regulares de paternidad con guía y supervisión necesarias para mantener o aumentar las habilidades sociales y asegurar el bienestar emocional y físico. Los servicios pueden ser prestados en el hogar de acogida de un pariente, en un hogar de acogida, en un servicio de acogida en un apartamento supervisado o en un servicio de albergue.
<input type="checkbox"/> Nivel dos Servicio de grupo comunitario RTSS (D16x)	Un niño tiene un problema ligero de manejo de emociones y/o comportamiento, que interfieren con su habilidad para operar en la familia, la escuela y/o la comunidad. Es posible que este niño tenga un diagnóstico de salud mental o un problema médico leve que requiera monitoreo por parte de un especialista. Los comportamientos incluyen actos impulsivos o deliberados poco frecuentes que pueden acarrear destrucción leve de la propiedad, actos antisociales no violentos y algunos comportamientos de oposición. El niño no es un peligro para sí ni para los otros. Los servicios pueden ser prestados en el hogar de acogida de un pariente, en un hogar de acogida, en un servicio de albergue o en un grupo. Los servicios deben incluir por lo menos una intervención en habilidades de desarrollo por día (bien sea una habilidad social o una habilidad restauradora de vivienda), y entre 1 – 4 horas de 30 minutos de terapia y asesoría grupal o individual.
<input type="checkbox"/> Nivel tres Cuidado de grupo RTSS integral (D2-6x)	Un niño que tiene o que tiene problemas de manejo de emociones y/o comportamiento moderados u ocasionalmente serios, que interfieren con su habilidad para operar en la familia, la escuela y/o la comunidad. El niño tiene un diagnóstico de salud mental o un problema médico grave o es médicamente frágil. Los comportamientos del niño pueden incluir comportamientos sexuales sin daños o agresiones, comportamientos de heridas auto-ocasionadas suaves o moderados, intento suicida, escapes con ausencias breves, comportamientos pre-delinuenciales o delinuenciales que no son crónicos. Los servicios se prestan en un hogar de acogida familiar de tratamiento o en cuidados grupales. Los servicios deben incluir por lo menos dos intervenciones en habilidades de desarrollo por día (bien sea una habilidad social o habilidades restauradoras de vida), y entre 0 – 8 horas definidas de terapia y asesoría grupal o individual.
<input type="checkbox"/> Nivel cuatro Cuidado de grupo RTSS ampliado (D3-6x)	Un niño tiene problemas moderados a serios de manejo de emociones y/o comportamiento, que interfieren con su habilidad para operar en la familia, la escuela y/o la comunidad. El niño tiene un diagnóstico de salud mental con respuesta inconsistente a tratamiento y puede haber tenido hospitalizaciones psiquiátricas o encarcelamiento en una institución juvenil. El niño tiene problemas médicos graves que requieren procedimientos intensivos en tiempo que deben ser realizados a diario por el cuidador. Los comportamientos incluyen actos sexuales sin heridas, comportamiento auto-injuriioso o intento suicida, que no se ha manifestado en los últimos 30 días, escapadas con ausencias más largas, delincuencia, comportamiento extraño o excéntrico que no es peligroso para sí o para otros y algo de remordimiento por su comportamiento inadecuado o delinencial. Los servicios se prestan en un ambiente terapéutico, incluyendo un hogar de acogida familiar de tratamiento o en cuidados grupales. Por lo menos dos intervenciones en habilidades de desarrollo por día (bien sea una habilidad social o habilidades restauradoras de vida), y entre 0 – 12 horas definidas de terapia y asesoría grupal o individual.
<input type="checkbox"/> Nivel cinco Cuidado de grupo RTSS altamente estructurado (D4-6x)	Un niño tiene problemas serios de manejo de emociones y/o comportamiento, que interfieren con su habilidad para operar en la familia, la escuela y/o la comunidad. El niño tiene un diagnóstico de enfermedad mental con múltiples intervenciones que no han sido exitosas y requiere de servicios intensivos y/o especializados de apoyo para estar seguro. El niño tiene un historial de encarcelamiento y/u hospitalización psiquiátrica. Un niño con graves problemas médicos que requiere de atención constante las 24 horas suministrada por profesionales de la medicina o por personas especialmente capacitadas para suplir las necesidades médicas y que estén supervisadas de cerca por profesionales de la medicina. Los comportamientos incluyen actos sexuales, comportamiento auto-injuriioso o intento suicida, escapadas con ausencias prolongadas, incumplimiento con los medicamentos, crueldad con los animales, incendios y riesgos a la comunidad. Los servicios se prestan en un ambiente terapéutico, incluyendo un hogar de acogida familiar de tratamiento o en cuidados grupales con supervisión las 24 horas. Por lo menos dos intervenciones en habilidades de desarrollo por día, intervenciones restauradoras de habilidades, según se necesiten y entre 0 – 12 horas definidas de terapia y asesoría grupal o individual.

C. Child Placement Plan (Plan de Ubicación del Niño)

Ley de bienestar del niño indio	
Fecha en que se preguntó a los padres si eran miembros de, elegibles para ser miembros de, o fueron considerados por una tribu para ser parte de su comunidad: Madre: _____ Padre: _____	Fecha en que se preguntó al niño si era miembro de, elegible para ser miembro de, o fue considerado por una tribu para ser parte de su comunidad:
Es el niño miembro de, elegible para ser miembro de, o fue considerado por una tribu para ser parte de su comunidad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, el nombre de la tribu: Fecha en que la tribu fue notificada:
¿Está el niño ubicado con su familia extendida o con otro miembro de la tribu, en un hogar de acogida o institución licenciada o aprobada por la tribu, o en un hogar de acogida de nativos americanos licenciado por una autoridad de licenciamiento no-indígena? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	En caso negativo, explique:
¿Fue el niño ubicado en el sistema de acogida bajo un contrato de cuidado voluntario de acogida, se ejecutó delante de un juez que certificó que los términos y condiciones del acuerdo voluntario fueran totalmente explicados a los padres del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	En caso negativo, explique:

Información del estatus de ubicación	
¿Es estable la ubicación actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, explique:
¿Es suficiente la actual ubicación para alcanzar la meta de permanencia sin necesidad de volver a mover al niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, explique:
¿La ubicación es el ambiente menos restrictivo para suplir las necesidades del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, explique:
¿Está la ubicación dentro de la comunidad original del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, explique:
¿Cambió el niño de escuela al momento de la ubicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, explique:
¿Han sido ubicados juntos el niño y sus hermanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	En caso negativo, explique:
¿Se están preservando las conexiones y características primarias del niño en la ubicación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	En caso negativo, explique:

C. Child Placement Plan (Plan de Ubicación del Niño)

Esfuerzos hechos por el DHS para apoyar la ubicación y evitar la interrupción
<input type="checkbox"/> Valoración de las necesidades del niño <input type="checkbox"/> Correspondencia entre las necesidades del niño con las capacidades de la familia sustituta o de la institución <input type="checkbox"/> Preparación del niño y de la familia para la ubicación <input type="checkbox"/> Ayuda al niño con los sentimientos acerca de vivir lejos de su familia <input type="checkbox"/> Apoyo adecuado al niño, la familia y los cuidadores sustitutos <input type="checkbox"/> Mantenimiento de las conexiones familiares permitiendo visitas tempranas y frecuentes <input type="checkbox"/> Desarrollo de un plan de crisis que enfrente comportamientos o patrones de comportamiento predecibles que amenacen o desestabilicen la ubicación <input type="checkbox"/> Otros:

Historia de ubicación <i>(incluya las ubicaciones actual y previas)</i>				
Fecha de ubicación:	Tipo de ubicación:	Nombre y dirección del recurso de ubicación:	Fecha de salida:	Motivo de la salida:

ASFA	
¿Ha estado el niño en el servicio de acogida por 12 meses o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, fecha(s) de la(s) audiencia(s) de permanencia:
¿Ha reingresado el niño al servicio de acogida en los 12 meses siguientes a que fuera sacado del servicio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, explique:
¿Ha estado el niño en el servicio de acogida durante 15 de los últimos 22 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Excepción <i>ver a continuación</i>	En caso afirmativo, fecha de presentación de solicitud TPR Si no se ha presentado una solicitud TPR, indique por qué
La terminación no es apropiada porque: <input type="checkbox"/> El niño recibe atención de parientes <input type="checkbox"/> No se han suministrado a la familia los servicios necesarios para un seguro regreso a casa <input type="checkbox"/> Hay razones imperiosas: <i>(explicar)</i>	

C. Child Placement Plan (Plan de Ubicación del Niño)

Visitas							
<input type="checkbox"/> No hay problemas de seguridad durante las visitas <input type="checkbox"/> Las provisiones para asegurar una visita segura son:							
Nombre	Relación con el niño	Frecuencia:				Supervisada por:	Restringida por orden judicial de fecha:
		Restringida	Semanal	Quincenal	Mensual		
	Madre						
	Padre						
	Hermano						
	Hermano						
	Hermano						
	Otros						
	Otros						
Si las visitas están restringidas, dé las razones y/o circunstancias bajo las cuales las visitas son contrarias a la seguridad o mejor interés del niño:							
Esfuerzos hechos por la agencia para promover y apoyar las visitas:							
Si el niño está ubicado fuera del estado, fecha de la última visita anual cara a cara:					Nombre de la persona que visitó al niño:		

Documentación	
Tiene partida de bautizo certificada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, planes para obtenerla:
Tiene número/tarjeta de seguridad social: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, planes para obtenerla:

Registros de salud				
Tratamiento y evaluaciones	Por quién o qué organización	Dirección	Fecha	Fecha dada al cuidador o proveedor

C. Child Placement Plan (Plan de Ubicación del Niño)

Salud Mental / psicológica / psiquiátrica				
Tratamiento y evaluaciones	Por quién o qué organización	Dirección	Fecha	Fecha dada al cuidador o proveedor

Registro educativo			
¿Está el joven inscrito en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ingreso temprano o remisión AEA (edad 0-5): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela: Dirección:	Grado actual:	Fecha prevista de grado:	
¿Asistencia regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en caso negativo explique:		¿Trabaja a nivel del grado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, explique:	
Fecha IEP: NA <input type="checkbox"/>	¿Es necesaria la defensa escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Fecha de los registros escolares entregados al cuidador / proveedor:	IEP y/o Registros Educativos ubicados en la sección del archivo del caso:		

Plan de transición (necesario para jóvenes de 16 años y mayores)	
Fecha del plan inicial de transición	Remisión al especialista de planeación de la transición: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene identificación con foto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, pasos para obtenerla (quién, qué, dónde, cuándo):
Tiene licencia de conducir: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no desea	En caso negativo, pasos para obtenerla (quién, qué, dónde, cuándo):
Si es delincuente, fecha de declaratoria:	Nivel de la ofensa:

C. Child Placement Plan (Plan de Ubicación del Niño)

Valoración de las habilidades de vida del joven							
Área de valoración	Satisfactorio	Haciendo avances	Necesita	Área de valoración	Satisfactorio	Haciendo avances	Necesita
Habilidades de la vida diaria: Lavandería, limpieza, compras, cocina				Recursos comunitarios: Saber qué está disponible y cómo tener acceso			
Auto-cuidado: Higiene, acceso a la atención de salud física/mental				Sistema de apoyo positivo			
Vivienda: Conciencia sobre las opciones futuras y cómo obtenerlas				Habilidades de empleo			
Manejo del dinero				Plan educativo			
desarrollo de habilidades sociales				Transporte			
Habilidades de emergencia/seguridad				Habilidades de paternidad: Si la joven está embarazada o es padre(madre)			
Otros:				Otros:			
Fecha de terminación de la valoración de habilidades de vida				Fecha de la revisión por parte del Comité de Planeación de Transición:			

Pasos para mejorar áreas identificadas como una necesidad (quién, qué, dónde, cuándo):
Describe el progreso que el joven ha hecho en las áreas indicadas como necesidad:

C. Child Placement Plan (Plan de Ubicación del Niño)

Joven con necesidades especiales	
Eje I:	
Eje II:	
Eje III:	
Eje IV:	
Eje V:	
IQ de escala total:	
Medicamento indicado / prescrito:	
¿Se ha determinado un diagnóstico para adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, fecha prevista de diagnóstico para adultos?
¿Necesitará este joven, en forma razonable, los servicios de incapacidad de adultos al llegar a la adultez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
¿El Plan de transición fue desarrollado con representación del sistema de incapacidad de adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa los esfuerzos/progresos de la coordinación con el sistema de incapacidad de adultos (Ej., CPC o manejo de casos de adultos).	
¿Se ha solicitado SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Fecha de solicitud de SSI:
En caso afirmativo, ¿El joven fue hallado elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no se solicitó SSI, plan y fecha para hacerlo:	
Si fue negado, plan para apelación:	
¿Está el joven en educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, están listados en IEP los servicios de transición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, plan y fecha para hacerlo:	

Remisiones	
Remisión necesaria para una transición exitosa a la vida adulta	Fecha de remisión

C. Child Placement Plan (Plan de Ubicación del Niño)

Preparación para el alta (el joven ha recibido asesoría sobre los siguientes servicios antes de su alta)			
Servicio:	Fecha asesoría:	Servicio:	Fecha asesoría:
Servicio de acogida voluntario para terminar escuela secundaria / GED:		Título 19:	
Voucher de educación y capacitación (ETV):		Servicios posteriores al cuidado:	

Firma del joven: _____ Firma del Guardián Ad Litem _____