Iowa Department of Human Services

Safety Plan
(Plan de Seguridad)

Nombre del Menor:		Asistente social y: Condado:
Incidente Nº:	FACS ID:	Fecha/Hora en que se completó el *Plan de Seguridad*:

Debajo encontrará un *Safety Plan*, el cual es un acuerdo escrito entre usted y el Department of Human Services de IOWA para mantener a su hijo/a protegido/a. El plan indica sus preocupaciones con respecto a la seguridad de su hijo/a y describe la manera de mantener a su hijo/a protegido de peligros.

Preocupaciones sobre la seguridad:
Tareas que garantizan la seguridad y quién las realiza, por cuánto tiempo y con qué frecuencia:
Cómo se controla el plan:
Plan de Emergencia:

Un *Safety Plan* se redacta cuando se ha determinado que existen reservas con respecto a la seguridad de un menor en su hogar. Las acciones tomadas para garantizar la seguridad del menor deben atender todas las señales de peligro presente o inminente, identificadas en la planilla *Safety Assessment (Evaluación de Seguridad)*.

Acuerdo entre la familia y el/la participante:

He participado en la elaboración de este *Safety Plan* y lo he revisado detenidamente. Acepto este plan y lo cumpliré para mantener a mi hijo/a protegido/a. También acepto trabajar con DHS y sus proveedores para garantizar la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre o persona a cargo del menor:	Fecha y hora:
Firma del Padre o persona a cargo del menor:	Fecha y hora:
Firma de DHS:	Fecha y hora:
Otra firma:	Fecha y hora:
Nombre del supervisor consultado y la modalidad de la consulta:	Fecha y hora: