

A. Hoja Frontal de Plan de Caso Familiar

Nombre del menor:		N.º FACS:		Ident. del estado:		Fecha del plan:	
Meta de permanencia:	N.º de expediente de la Corte:		Tipo de la próxima audiencia:			Fecha de próxima comparecencia:	
Fecha de nacimiento:		Condado de Finanzas:		Estatus legal:		Sexo:	
Tipo de colocación: <input type="checkbox"/> Acuerdo de Colocación Voluntaria <input type="checkbox"/> Orden de la Corte <input type="checkbox"/> En casa con los padres <input type="checkbox"/> Colocación con un pariente				Trabajador asignado:			
Colocación y dirección actual:						Número de teléfono:	

Miembros de la familia					
Sexo: Masculino(M), Femenino(F)					
Nombre	Fecha de nacimiento/ Fecha de fallecimiento	Sexo	Rol	Dirección/ N.º de teléfono	Comentarios

Historia de servicios - Participación de DHS			
Sin Family Centered Services, la remoción es inminente:			
Motivo principal de riesgo de remoción:			
Fechas de servicios: De: Hasta:		Motivo de participación:	
Nombre del proveedor:		Motivo de discontinuación de los servicios:	
Dirección del proveedor:			
Servicios comprados provistos:			
Nombre del proveedor	Servicio provisto	De	Hasta

A. Hoja Frontal de Plan de Caso Familiar

Historia de colocación – Participación de DHS			
Fechas de colocación		Motivo de participación:	
Nombre del proveedor:		Servicio provisto:	
Dirección del proveedor:		Motivo de discontinuación de los servicios:	
Servicios comprados provistos:			
Nombre del proveedor	Servicio provisto:	De	Hasta

Servicios adicionales provistos	
Fechas de servicios: De	Hasta
Motivo de participación:	
Nombre del proveedor:	Servicios provistos:
Dirección del proveedor:	Motivo de discontinuación de los servicios:

Participación de la Corte				Próxima audiencia programada y tipo de audiencia
Fecha de audiencia establecida:	Fecha de audiencia:	Tipo de audiencia:	N.º de expediente	Resultado:

B. Plan de caso familiar

Nombre del menor:	N.º FACS:
Participantes del plan familiar:	Fecha del plan inicial:
Padre/madre/cuidador:	
Menor:	Reunión de equipo familiar:
Menor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trabajador/a social del DHS:	Fecha prevista para el cierre del caso:
Padre/madre/cuidador:	
Otro:	Trabajador/a social del DHS:
Otro:	

Composición del grupo familiar:	
Cuidador:	Cuidador:
Nombre del menor:	Nombre del menor:
Nombre del menor:	Nombre del menor:
Otro:	Otro:

B. Plan de caso familiar

Dominio del funcionamiento familiar

Bienestar del menor <i>(Identificar las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del menor, el bienestar del menor y la familia, y la permanencia del menor)</i>		
<input type="checkbox"/> Salud mental del menor <input type="checkbox"/> Comportamiento del menor <input type="checkbox"/> Relación con sus pares	<input type="checkbox"/> Rendimiento en la escuela <input type="checkbox"/> Motivación/Cooperación para quedarse con la familia	<input type="checkbox"/> Relación con los cuidadores <input type="checkbox"/> Relación con sus hermanos
Narrativa:		
Meta:	Fecha de modificación	Fecha de completación
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo		
1.		
2.		
3.		
Comentarios		

Capacidades de los padres <i>(Identificar las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del menor, el bienestar del menor y la familia, y la permanencia del menor)</i>		
<input type="checkbox"/> Supervisión de los menores <input type="checkbox"/> Salud mental	<input type="checkbox"/> Prácticas disciplinarias <input type="checkbox"/> Salud física	<input type="checkbox"/> Desarrollo/enriquecimiento <input type="checkbox"/> Uso de drogas/alcohol
Narrativa:		
Meta:	Fecha de modificación	Fecha de completación
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo		
1.		
2.		
3.		
Comentarios:		

B. Plan de caso familiar

Seguridad de la familia <i>(Identificar las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del menor, el bienestar del menor y la familia, y la permanencia del menor)</i>			
<input type="checkbox"/> Abuso físico del menor <input type="checkbox"/> Negligencia del menor		<input type="checkbox"/> Abuso sexual del menor <input type="checkbox"/> Violencia doméstica	
<input type="checkbox"/> Maltrato psicológico del menor			
Narrativa:			
Meta:		Fecha de modificación	Fecha de completación
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo			
1.			
2.			
3.			
Comentarios			

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

B. Plan de caso familiar

Ambiente en el hogar *(Identificar las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del menor, el bienestar del menor y la familia, y la permanencia del menor)*

- Estabilidad de vivienda
 Seguridad en la comunidad
 Habitabilidad
 Comida/Nutrición
 Manejo de finanzas
 Higiene personal
 Transporte
 Entorno de aprendizaje
 Ingresos/Empleo

Narrativa:

Meta:

Fecha de
modificación

Fecha de completación

Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo

1.

2.

3.

Comentarios:

Otro *(Especificar e identificar las fortalezas o necesidades que impactan la seguridad del menor, el bienestar del menor y la familia, y la permanencia del menor)*

Narrativa:

Meta:

Fecha de
modificación

Fecha de completación

Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo

1.

2.

3.

Comentarios

B. Plan de caso familiar

Revisión	
Fecha de revisión:	¿Esta revisión se realizó por medio de una Reunión del Equipo de la Familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Resumen de revisión y recomendaciones:	

Sample

B. Plan de caso familiar

Firmas y Notificaciones

Refleja participación en el plan de la familia: Plan inicial Revisión Fecha del plan:

PARTICIPACIÓN: Acordamos cooperar y poner todo el esfuerzo que podamos para que este plan tenga éxito; trabajaremos arduamente para cumplir las expectativas descritas anteriormente. También acordamos que cualquiera de nosotros puede motivar y orientar al grupo de manera razonable para superar cualquier imprevisto y también para celebrar los éxitos logrados durante el camino.

Participó en la planificación	Rol	Firma de los participantes: Ingrese el nombre si la persona no está presente y la fecha de envío del Plan de la Familia que se proveerá (<i>deje en blanco si no corresponde</i>)	Fecha de envío:
	Padre/Tutor		
	Padre/Tutor		
	Menor (si corresponde)		
	Custodio		
	Trabajador de caso del DHS		
	Supervisor del DHS		
	JCO		
	CASA		
	Abogado del menor		
	Guardian Ad Litem (Tutor designado por la Corte)		
	Abogado de la madre		
	Abogado del padre		
	Abogado del condado		
	Junta de Revisión de Cuidados de Crianza		
	Juez		
	Otro		

Otros comentarios:

Firma del/la trabajador/a de caso del DHS: _____ Fecha: _____

Firma del supervisor del DHS: _____ Fecha: _____

C. Plan de colocación del menor

Nombre del menor:	N.º FACS:
Fecha de nacimiento:	Fecha prevista de regreso al hogar:
Fecha del Plan de la familia:	Fecha de colocación inicial:
Tipo de colocación: <input type="checkbox"/> Orden de la Corte <input type="checkbox"/> Acuerdo de colocación voluntaria	Fecha de colocación actual:
Contrario al lenguaje de Bienestar de Menores en la Orden de la Corte respectiva: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esfuerzos razonables en el lenguaje en la Orden de la Corte respectiva: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Meta de permanencia	
<input type="checkbox"/> Permanecer en su hogar <input type="checkbox"/> Retornar al menor al hogar <input type="checkbox"/> Transferir la custodia al otro padre <input type="checkbox"/> Otro arreglo residencial permanente planificado	<input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Transferir la custodia o cuidados de crianza a un pariente <input type="checkbox"/> Transferir la custodia o cuidados de crianza a una persona adecuada

Evaluación de metas concurrentes
<p>¿Existe un buen pronóstico para la rehabilitación del menor o en la condición de los padres que permitiría que el menor regrese al hogar de manera segura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Se espera que el menor regrese al hogar dentro de los primeros seis meses de colocación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es No para ambas preguntas, se requiere una meta de permanencia concurrente.</p>

Metas concurrentes <i>(completar solo si lo indica la Evaluación de metas concurrentes)</i>

Dominio del bienestar del menor			
Salud mental	<input type="checkbox"/> Fort. <input type="checkbox"/> Nec.	Relación con sus pares	<input type="checkbox"/> Fort. <input type="checkbox"/> Nec.
Conductual	<input type="checkbox"/> Fort. <input type="checkbox"/> Nec.	Relación con sus hermanos	<input type="checkbox"/> Fort. <input type="checkbox"/> Nec.
Rendimiento en la escuela	<input type="checkbox"/> Fort. <input type="checkbox"/> Nec.	Motivación para seguir en familia	<input type="checkbox"/> Fort. <input type="checkbox"/> Nec.
Relación con los cuidadores	<input type="checkbox"/> Fort. <input type="checkbox"/> Nec.		

C. Plan de colocación del menor

Información del estado de la colocación	
¿Es estable la colocación actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, explique
¿La colocación actual es suficiente para lograr la meta de permanencia sin mayor necesidad de mover al menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, explique:
¿La colocación actual es el entorno menos restrictivo que permite cubrir las necesidades del menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, explique:
¿La colocación está dentro de la comunidad de origen del menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, explique:
¿El menor y sus hermanos están colocados juntos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Si la respuesta es No, explique:
¿La colocación permite al menor preservar sus conexiones y características personales principales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Si la respuesta es No, explique:

Sample

C. Plan de colocación del menor

Esfuerzos realizados por el DHS para apoyar la colocación y prevenir la ruptura de vínculos
<input type="checkbox"/> Evaluó las necesidades del menor <input type="checkbox"/> Consideró la compatibilidad de las necesidades del menor con las habilidades de la familia sustituta o de la instalación <input type="checkbox"/> Preparó al menor y a la familia para la colocación <input type="checkbox"/> Asistió a los menores con los sentimientos experimentados por vivir separados de la familia <input type="checkbox"/> Entregó el apoyo adecuado para el menor, la familia y los cuidadores sustitutos <input type="checkbox"/> Mantuvo las conexiones familiares al permitir visitas tempranas y frecuentes <input type="checkbox"/> Desarrolló planes de intervención en crisis que abordan comportamientos predecibles o patrones de comportamiento que amenazan o desestabilizan la colocación. <input type="checkbox"/> Otro:

Historial de colocaciones <i>(incluir colocación actual y anteriores)</i>				
Fecha de colocación:	Tipo de colocación:	Nombre y dirección del recurso de colocación:	Fecha de salida:	Motivo de salida:

Permanencia (Ley federal de adopción y familias seguras; ASFA por sus siglas en inglés)	
¿El menor ha permanecido en cuidados de crianza por 12 meses o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, indique la(s) fecha(s) de audiencia de permanencia:
¿En los últimos 12 meses, el menor ha vuelto a ingresar en cuidados de crianza después de haber egresado de otra colocación de cuidados de crianza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, explique:
¿El menor ha permanecido en cuidados de crianza durante 15 de los últimos 22 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Excepción <i>Ver abajo</i>	Si la respuesta es Sí, indique la fecha de petición del Término de los Derechos Parentales (TPR, por sus siglas en inglés): Si no se ha presentado una petición de TPR, indique el motivo a continuación.
La terminación no es apropiada porque: <input type="checkbox"/> El menor está bajo el cuidado de parientes <input type="checkbox"/> No se le han brindado los servicios necesarios a la familia para devolver al menor de manera segura a su hogar <input type="checkbox"/> Existen razones convincentes: <i>(Explique)</i>	

C. Plan de colocación del menor

Visitas							
<input type="checkbox"/> No existen problemas de seguridad durante las visitas <input type="checkbox"/> Las disposiciones para garantizar la seguridad durante las visitas son:							
Nombre	Relación con el menor:	Frecuencia:				Supervisado por:	Restringidas por Orden de la Corte, fechada:
		Restringidas	Semanalmente	Quincenalmente	Mensualmente		
	Madre						
	Padre						
	Hermano(a)						
	Hermano(a)						
	Hermano(a)						
	Otro						
	Otro						
Si las visitas están restringidas, indique las razones y/o circunstancias por las cuales las visitas son contrarias a la seguridad o al mejor interés del menor:							
Esfuerzos realizados por la agencia para propiciar y apoyar las visitas:							
Si el menor se encuentra en una colocación fuera del estado, indique la fecha de la última visita anual en persona:				Nombre de la persona que visitó al menor:			

Documentación	
Tiene certificado de nacimiento acreditado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, indique el plan para obtenerlo:
Tiene Tarjeta/Número de Seguro Social: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, indique el plan para obtenerlo:

Salud y registros de salud	
¿El menor pudo mantener la continuidad con los proveedores actuales de atención médica (mental, física, dental)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es No, describa los esfuerzos realizados para mantener la continuidad de la atención:
¿El joven ha reportado ser víctima de tráfico sexual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, describa los servicios prestados:
¿La joven está o ha estado embarazada o ha tenido hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

C. Plan de colocación del menor

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

Registros de salud mental / psicológicos / psiquiátricos				
Tratamiento y evaluaciones	Por parte de quién y qué organización	Dirección	Fecha	Fecha dada al cuidador o proveedor

Registros de educación		
Si el menor tiene entre 0 y 3 años de edad, ¿cuenta con un IFSP (Plan Individualizado de Servicio para la Familia)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A		
¿El joven está matriculado en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grado actual:	Fecha prevista de graduación:
Nombre de la escuela: Dirección:	Acceso temprano o referencia a las agencias educativas del área (AEA, por sus siglas en inglés) (edad 0-5): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita servicios de defensa escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El joven recibe servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es Sí, indique la fecha de IEP:	¿El joven recibe servicios de Rehabilitación Vocacional de Iowa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Asiste de manera regular a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, explique:	¿Está trabajando al nivel de su grado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, explique:	
Fecha de entrega de los registros educativos al cuidador/proveedor:	El IEP y/o registros educativos se ubican en la siguiente sección del expediente del caso:	
¿El menor pudo permanecer en su escuela tras el cambio de colocación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Si la respuesta es No, indique los esfuerzos realizados para mantener al menor en su escuela. Describa por qué el cambio de escuela era lo mejor para el menor:	

C. Plan de colocación del menor

Plan de transición (Requerido para jóvenes de 14 años o más)	
Fecha de reunión centrada en el joven (más reciente):	Equipo de planificación centrada en el joven:
Referencia al especialista de Planificación de la transición: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene identificación con fotografía: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No, indique el plan para obtenerla (quién, qué, dónde, cuándo):
Tiene licencia de conducir o tarjeta de identificación de no operador emitida por el gobierno: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quiere	Si la respuesta es No, indique el plan para obtenerla (quién, qué, dónde, cuándo):
Si ha sido declarado judicialmente como infractor juvenil, explique la razón:	
Se ha analizado con el joven una lista de derechos con respecto a la educación, la salud, las visitas y la participación en la Corte. También se abordó el derecho a mantenerse a salvo y prevenir la explotación. La fecha más reciente de entrega y firma del documento de Derechos al joven fue: <input type="text"/>	
El documento de Derechos fue entregado a todas las partes legalmente involucradas en el caso y fue integrado al Plan de Permanencia del Caso. El documento fue incluido en el expediente del caso.	
El joven completó la Evaluación de habilidades para la vida diaria Casey (CLSA, por sus siglas en inglés) y los resultados fueron considerados para el desarrollo de este plan. Fecha de completación (más reciente): <input type="text"/>	

Educación		
Describa la situación actual y los planes de educación. (¿Está asistiendo actualmente a la escuela? De ser así, ¿a qué escuela asiste y qué grado está cursando? ¿Cuándo se prevé que se graduará/obtendrá el HISED (GED)? ¿Planea ir a la universidad/capacitación vocacional? ¿Existen barreras para el éxito académico?)		
Narrativa:		
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo (¿Qué tareas deben llevarse a cabo?)	Fecha de modificación	Fecha de completación
1.		
2.		

Referencias

Apoyos para el empleo y la fuerza laboral
Describa el empleo, la situación laboral y los planes. (¿Está trabajando actualmente? ¿Está buscando empleo? ¿A tiempo parcial o tiempo completo? Si no está trabajando, ¿qué tipo de trabajo/carrera está considerando para el futuro? ¿Existen barreras para insertarse laboralmente?)
Narrativa:

C. Plan de colocación del menor

¿El joven tiene una cuenta corriente? Sí No

¿Se ha identificado algún problema con la verificación de crédito anual del joven? Sí No

Si la respuesta es Sí, explique:

Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo (¿Qué tareas deben llevarse a cabo?)	Fecha de modificación	Fecha de completación
1.		
2.		

Referencias

Salud y seguro de salud

Describa el estado de salud y la situación actual del seguro de salud del joven (Analice los diagnósticos, necesidades, medicamentos y comportamientos. ¿El joven puede ser elegible para EMIYA (seguro médico del Título XIX)? ¿El joven tiene problemas de abuso de sustancias? ¿Existen barreras para lograr una buena salud o bienestar?)

Narrativa:

¿Informó al joven sobre su posibilidad de designar representantes para la atención de salud (poder para tomar decisiones médicas/poder notarial)? Sí No

¿Informó al joven sobre las posibilidades de acceso a Medicaid/EMIYA (Medicaid ampliado para adultos jóvenes independientes)? Sí No

¿El joven toma medicación indicada / recetada? Sí No

Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo (¿Qué tareas deben llevarse a cabo?)	Fecha de modificación	Fecha de completación
1.		
2.		

Referencias

Vivienda

Describa la situación actual de vivienda y los planes de vivienda (¿en qué tipo de colocación se encuentra y dónde vive? Después de cumplir 18 años, ¿cuál es su plan para la vivienda? ¿Existen barreras en el área de vivienda que se necesitan superar?)

Narrativa:

Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo (¿Qué tareas deben llevarse a cabo?)	Fecha de modificación	Fecha de completación
1.		
2.		

Referencias

C. Plan de colocación del menor

Relaciones y servicios de apoyo		
Describa las relaciones de apoyo (mencione y describa las relaciones de apoyo actuales identificadas por el joven e indique cuál o cuales adultos serán un apoyo para el joven en el futuro. ¿Hay relaciones que necesiten revinculación o reparación?)		
Narrativa:		
¿El joven tiene oportunidades habituales de acceso a actividades culturales apropiadas para su edad/desarrollo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explique:		
El joven fue informado de los servicios de cuidado posterior el: <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Pasos: Quién hace qué, dónde y cuándo (¿Qué tareas deben llevarse a cabo?)	Fecha de modificación	Fecha de completación
1.		
2.		
Referencias		
Joven con necesidades especiales		
¿El joven tiene necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa, incluyendo el diagnóstico, si corresponde:		
Coeficiente Intelectual a escala completa: <input style="width: 50px;" type="text"/>		
¿Cuando el joven alcance la adultez, necesitará razonablemente servicios para la discapacidad para adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Incierto ¿Se desarrolló el Plan de transición con representación del sistema de asistencia para adultos con discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, describa los esfuerzos/progresos en la coordinación con el sistema de asistencia para adultos con discapacidad (p. ej. CPC, o administración de caso para adultos): Si la respuesta es No, ¿se solicitó la presencia del sistema de discapacidad para adultos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha sido solicitado el Ingreso suplementario del Seguro Social (SSI, por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Fecha de solicitud del SSI: <input style="width: 50px;" type="text"/> Si la respuesta es Sí, ¿El joven fue elegible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no se ha solicitado el SSI, indique la planificación y fecha estimada para concretar la solicitud: Si es denegado, indique la planificación para llevar a cabo una apelación:		

Fecha de revisión por el Comité de Planificación de Transición:

Firma del joven: _____ Firma del Guardian Ad Litem (Tutor designado por la Corte) _____