IOWA Health and Human Services

Plan de seguridad

Nombre(s) del (de los) menor(es):	Trabajador/a:	Fecha y hora de inicio del Plan de Seguridad:
Padre(s)/tutor(es) involucrados en el plan:	Otro(s) apoyo(s):	Fecha de revisión del Plan de seguridad (20 días hábiles o menos):
Cuidador temporal (si corresponde):	N.° de incidente:	Cuándo se espera que finalice el Plan de seguridad:

Propósito: Se elabora un **Plan de seguridad** cuando se determina que un menor está en peligro. Este plan da cuenta de las preocupaciones de seguridad respecto a su hijo y describe formas de mantenerlo a salvo de daños.

Instrucciones: Usted y el trabajador del HHS participarán en el desarrollo de este **Plan de seguridad**. Se explicarán y discutirán sus opciones. Tendrá la oportunidad de revisar el plan antes de que se le solicite aceptarlo y firmarlo. Todas las personas que tienen una responsabilidad en el Plan de seguridad deberán firmarlo y se les entregará una copia cuando se haya completado.

Peligro específico para el bienestar del menor:

Acciones inmediatas necesarias para mantener al (a los) menor(es) seguro(s):	**¿Quién estará a cargo?**	**¿Cuál es la fecha límite?**	**¿Cómo se verificará?**	**Iniciales de todas las personas involucradas en esta acción**

Reconocimiento de derechos y responsabilidades	
Padre(s) o tutor(es)	**Iniciales**
Acepto que este plan no entra en conflicto con ninguna Orden de la Corte o plan de crianza actual, o si lo hace, que las partes afectadas lo aceptan.	
Este plan de seguridad puede ser revisado en cualquier momento si yo decido, o el HHS decide, que es necesaria una modificación debido a un cambio en las circunstancias.	
Entiendo que si no puedo llevar a cabo este plan o si se considera que mi hijo se encuentra en una situación de peligro, el HHS puede referir a nuestra familia para recibir más servicios, colocar al menor fuera de mi hogar hasta que la situación cambie o involucrar al tribunal, lo que podría resultar en la pérdida temporal de su custodia.	
Si solicitan que mi hijo se quede de manera informal y temporal con un cuidador, acepto que el HHS pueda compartir cualquier información que sea importante para el cuidado y seguridad de mi hijo, siempre y cuando se quede en el hogar del cuidador.	
Estoy de acuerdo con este plan y además tengo el derecho de abandonarlo en cualquier momento hablando **directamente** con mi trabajador del HHS o con el supervisor del trabajador.	
Entiendo que durante el período de vigencia de este Plan de seguridad conservo la custodia, la tutela y todos los derechos legales de mi hijo.	
La participación en un plan de seguridad no debe interpretarse como una remoción de mi hijo de mi custodia.	

Cuidador Temporal – (Si el menor reside temporalmente fuera del hogar de los padres durante un plan de seguridad)	
Si yo como cuidador no puedo llevar a cabo este plan o se determina que el menor bajo mi cuidado está en peligro, puede ser trasladado donde un cuidador diferente o puede ser necesario un mayor involucramiento del HHS, lo que puede incluir la intervención del tribunal.	

Acuerdo familiar y del participante			
Firma del padre o tutor:	Fecha y hora:	Firma del cuidador temporal:	Fecha y hora:
Firma del padre o tutor:	Fecha y hora:	Otra firma:	Fecha y hora:
Firma del/la trabajador/a de caso del HHS:	Fecha y hora:	Supervisor del HHS consultado:	Fecha y hora:

Información de contacto			
	Nombre	Número de teléfono	Correo electrónico
Trabajador del HHS			@hhs.iowa.gov
Supervisor del HHS			@hhs.iowa.gov
Family-Centered Services Worker			
Family-Centered Services Supervisor			
Otro			
Otro			
Línea directa de denuncias de abuso infantil		1-800-362-2178	