

| 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 DHS 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 DHS 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 DHS 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 DHS 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 DHS, 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 DHS: | Fecha y hora: | Supervisor del DHS consultado: | Fecha y hora: |
| INFORMACIÓN DE CONTACTO | | | |
| | Nombre | Número de teléfono | Correo electrónico |
| Trabajador del DHS | | | @dhs.state.ia.us |
| Supervisor del DHS | | | @dhs.state.ia.us |
| Family-Centered Services Worker | | | |
| Family-Centered Services Supervisor | | | |
| Otro | | | |
| Otro | | | |
| Línea directa de denuncias de abuso infantil | | 1-800-362-2178 | |