

Fecha: _____

Sr. o Sra.

En _____, fue necesario hacer un cambio en la colocación de _____
Fecha Menor/Joven
debido a que:

Desafortunadamente, la agencia no pudo comunicarse con usted antes de que el cambio ocurriera.

Por favor llámeme al _____ a más tardar en _____.
Teléfono Fecha

Marque uno:

- Este cambio de colocación afectará su Plan de Tiempo de Familia y Contacto; es importante que nos veamos antes de su siguiente visita para modificar el Tiempo de Familia y el Plan de Contacto.
- Este cambio de colocación **NO** afectara su Plan de Tiempo de Familia y Contacto.

Marque uno:

- Este cambio de colocación requirió un cambio de escuela.
- Este cambio de colocación **NO** requerirá cambio de escuela.

Si usted no está de acuerdo con el cambio de colocación de _____,
Menor/Joven

usted tiene derecho a pedir una revisión del cambio con el Equipo de Revisión de Planeación de Permanencia. Si desea que se haga la revisión, contácteme dentro de un término de 10 días de la fecha de esta carta. Usted también tiene derecho a que su abogado pida a la corte una revisión de este asunto.

Atentamente,

Trabajador de la Agencia de Bienestar Infantil

Condado: _____

Tel. _____

DSS-5189-II SP (Rev. 03/2019)

Child Welfare Services – Servicios de Bienestar Infantil