

Contrato de Servicios de Cuidado Infantil Fuera del Hogar

I. Información de Identificación

| | | |
|---------------------------------|----------------------|-------|
| Niño(a) | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Madre | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Dirección | Tel. | |
| Padre | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Domicilio | Tel. | |
| Otra persona que cuida del niño | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Dirección: | Tel. | |
| Otra persona que cuida del niño | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Dirección: | Tel. | |

| | |
|--------------------------------------|------|
| Trabajador Social/Manejador del Caso | Tel. |
| Guardián ad Litem | Tel. |
| Abogado de la Madre | Tel. |
| Abogado del Padre | Tel. |
| Abogado del Niño | Tel. |
| Otra persona/relación/parentesco: | Tel. |
| Otra persona/relación/parentesco: | Tel. |

La siguientes personas participaron en el desarrollo de este plan (use letra de molde)

Plan de Permanencia: Reunificación o Custodia para el padre (o madre) a quien no se le quito el niño, o adopción, o designación de Guardián/Custodia con un familiar, o con una persona aprobada por la corte que cuide del niño, u otro arreglo permanente, o

La fecha prevista para este plan de permanencia es ____/____/____. Este acuerdo es efectivo a partir de ____/____/____
El acuerdo será revisado en ____/____/____

Pregunte a la familia si han tenido padres, abuelos, etc. que hayan sido Indios NorteAmericanos.

Se aplica el Acta de Bienestar para Niños Indígenas-NorteAmericanos (marque uno) **si** **no**

Se adjuntan otros planes que afectan el contrato de servicios: (Ej. IEP, Salud Mental, Servicios Juveniles). Indique las fechas de validez.

II. Información de Colocación Actual: (marque uno) Hogar de ambos padres ____; Hogar de la madre ____; Hogar del Padre ____; Hogar de un familiar (especifique) ____; Hogar Foster (Familia Sustituta) ____; Hogar Foster Especializado o o Terapéutico ____; Hogar de Grupo; ____ Hogar Adoptivo ____; APPLA; Otro (Especifique) _____

_____ ha vivido en este lugar desde ____/____/____.

Nombre:
Dirección
Tel.

Se opto por esta colocación debido a _____. Se deben considerar los siguientes aspectos: menos restrictiva, mas familiar, cercana a la comunidad del niño o al distrito escolar, si es o no una colocación con familiares y servicios de colocación designados a satisfacer las necesidades del niño o niños. Incluya mas paginas si es necesario.

Fecha en que la agencia obtuvo la custodia o la responsabilidad de colocación del niño fue ____/____/____. ¿Por que la agencia obtuvo la custodia?

¿Por que el niño fue removido del hogar? {marque aquí en caso de que el niño haya permanecido en el hogar (____)}

¿Se coloco al menor con sus hermanos? Marque uno: **Si** **No** **No Aplicable** . En caso de que el menor no haya sido colocado con sus hermanos, ¿Cuál fue la razón?

Adjunte la orden de la corte de visitación o el plan con los padres, persona que le cuida, hermanos, agencia de colocación, otros familiares o amigos; incluyendo frecuencia, supervisión, etc. Y la fecha en que la corte autorizo la visitación. (N.C.G.S. § 7B-905).

III-a. Objetivos y Actividades para satisfacer las necesidades identificadas:

- | Actividades | Persona Responsable | Fecha Limite |
|-------------|---------------------|--------------|
| | | |

| | |
|--------------------------|--------------|
| Revisión: Fecha __/__/__ | Comentarios: |
| Objetivo alcanzado | |
| Ya no es apropiado | |
| Parcialmente alcanzado | |
| No alcanzado | |

| | | |
|--------------------------|------------------------|--------------|
| Revisión: Fecha __/__/__ | | Comentarios: |
| <input type="checkbox"/> | Objetivo alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> | Ya no es apropiado | |
| <input type="checkbox"/> | Parcialmente alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> | No alcanzado | |

| | |
|--------------------------|--------------|
| Revisión: Fecha __/__/__ | Comentarios: |
| Objetivo alcanzado | |
| Ya no es apropiado | |
| Parcialmente alcanzado | |
| No alcanzado | |

Para ser usado cuando la reunificación no es el Plan de Permanencia para el niño

III-b. Obstáculos para lograr el plan de permanencia alternativa de _____:
 Adopción, custodia con el padre al cual no se le a quitado el niño,
 Tutela o guardián con familiar, persona aprobada por la corte para
 cuidar del niño, u otro arreglo de cuidado permanente.

4. Obstáculo para la permanencia:

5. Describa el estado actual y esfuerzos hechos para vencer este obstáculo:

6. Resultado deseado:

| Actividades | Persona Responsable | Fecha limite |
|-------------|---------------------|--------------|
| | | |

IV-b. Progreso hacia la solución del obstáculo: (continúe en el reverso si es necesario)

| | |
|---|--------------|
| Revisión: Fecha ____/____/____ | Comentarios: |
| <input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> Ya no es apropiado | |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> No alcanzado | |

| | |
|---|--------------|
| Revisión: Fecha ____/____/____ | Comentarios: |
| <input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> Ya no es apropiado | |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> No alcanzado | |

| | |
|---|--------------|
| Revisión: Fecha ____/____/____ | Comentarios: |
| <input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> Ya no es apropiado | |
| <input type="checkbox"/> Parcialmente alcanzado | |
| <input type="checkbox"/> No alcanzado | |

V. Revise y adjunte la Evaluación de Fortalezas y Necesidades o la Evaluación de Reunificación, según corresponda.

El Plan Primario de Permanencia es _____ el cual es apropiado para este menor porque _____.
_____. Si el Plan de Permanencia no se lograra, el siguiente plan es _____.

¿Se encuentran las órdenes de la corte incorporadas en los objetivos y actividades de este plan? Marque **si** **no** En caso negativo, explique.

Fecha de la próxima revisión por la corte ____/____/____.

Si el menor tiene al menos 16 años, describa o adjunte el Plan Transicional de Vida, incluyendo:

- La fecha estimada de salida del hogar sustituto.
- El Arreglo de Vida Independiente después de que el joven deje el hogar sustituto.
- Los pasos específicos que se tomaron para ayudar al joven a prepararse para la salida del hogar sustituto, incluida la capacitación en oficios, experiencia laboral, plan de ahorros, educación y capacitación para el empleo, cuidado médico y mental, desarrollo de una red de apoyo personal.
- Adultos solidarios que estén trabajando con el joven durante el proceso de salida del hogar sustituto.

VI. Servicios para Proveedor de Colocación: Describa los servicios de la agencia para el Proveedor de Colocación que están diseñados para asegurar que las necesidades del niño sean satisfechas.

- A. Reuniones entre el proveedor y la agencia**
- B. Reuniones y otra comunicación entre el proveedor y el padre o guardián**
- C. Entrenamiento específico a las necesidades del niño**
- D. Relevo en el cuidado**
- E. Fue referido a Recursos Comunitarios**
- F. Otro**

VII. Firmas de las personas que escribieron este acuerdo y que trabajaran para que se cumplan los objetivos:

| FIRMA y COMENTARIOS | Fecha en que se firma | Recibí una copia. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------|--|
| Padre/Madre Comentarios: | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Padre/Madre Comentarios: | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Nino(a) Comentarios: | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Padre Foster/Establecimiento Comentarios | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Padre Foster/Establecimiento Comentarios | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Trabajador Social | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Supervisor | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Guardián Ad Litem Comentarios | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Representante de la Tribu Comentarios | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Otro/Relación/Parentesco | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Otro/Relación/Parentesco | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |