

Reviso de la Evaluación de Acuerdo de Servicios Familiares

Propósito: Para facilitar y transmitir información de una Evaluación de Acuerdo de Servicios Familiares para la siguiente y así revisar que el plan de permanencia sea adecuado y la colocación actual de el o ella, el progreso de los padres, y la eficiencia de los servicios de la agencia y la comunidad sean revisados regularmente.

I. INFORMACIÓN DE FAMILIA:

Nombre de Familia: _____ Trabajador(a) Social: _____ Fecha de Evaluación: __ (Actualización __)

Niño's:

Nombres de los niños	Fecha De Nacimiento	Plan *Primario de Permanencia	Plan *Alternativo de Permanencia	Fecha proyectada de cumplimiento	Fecha del la Primera Colocación	# de Colocaciones	Fecha del la Colocación actual	Nombre y Dirección del proveedor actual de Colocación
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

***Tipos de plan Permanente primario y alternativo:** **01**-Prevenir colocación fuera de casa; **02**-Reunificación Familiar; **03**-Adopción; **04**-Guardián con pariente; **05**-Guardián con otro cuidador aprobado por corte (Especificar); **06**-Custodia con padre que el niño no fue removido o pariente (especificar); **07**-Custodia con otro cuidador aprobado (especificar)

NOTIFICACIÓN DE REVISO: (Si los padre(s), proveedor(es) de colocación o niños de edad de 12 a 18 no fueron notificados del reviso explica porqué:)

II. PARTICIPANTES EN EL REVISO Y RELACIÓN A LA FAMILIA:

Nombre del Participante en el Reviso	Fecha de Revisión _____ Iniciales si presente	Fecha de Revisión _____ Iniciales si presente	Relación con la Familia
			Padre
			Madre
			Abogado de la Madre
			Supervisor del DSS/ Co-facilitadora
			Guardián al luz
			Trabajadora social del caso
			Supervisor/ Co-facilitadora
			Interprete
			Apoyo a la familia

Al firmar arriba no significa que usted esta de acorde con las recomendaciones del equipo, pero documenta su presencia en estas junta y se compromete a proteger esta información privada.

Instrucción de Uso: Mínimo, revisiones tienen que darse a cabo dentro de los 60 días de custodia y colocación ,90 días de esa fecha y cada 6 meses en lo sucesivo. Use diferentes páginas 2 y 3 de la forma de reviso por cada niño en la familia. Todas secciones deben ser completadas. La revisión debe estar adjuntada al Acuerdo de Servicios de Familia Fuera de Casa. Archiva todos los documentos juntos en el archivo del caso de la familia después de que las recomendaciones del equipo son sean anotadas.

Nombre del Niño(a) _ _ _ _ _

III. Resumen de Recomendaciones de la Ultimo Reviso: (solo para actualizar)	IV. Asuntos Que Van a Ser Hablados Por el Equipo: (Debe incluir los obstáculos/asuntos de seguridad que evitan el cumplimiento del plan hoy y que se necesita en una manera puntual para conseguir permanencia) Especificar por cada niño
	<p>Colocación actual:</p> <ul style="list-style-type: none">• <p>Visitas:</p> <ul style="list-style-type: none">• <p>Actualización del estatus de los padres:</p> <ul style="list-style-type: none">•

Requisitos de Permanencia [Ley de Adopciones y Familias Seguras y NCGS 7B-907(d)]

V. PLAN DE REVISO DE COLOCACIÓN Y PERMANENCIA:

a. Las condiciones que hicieron necesario el colocación del niño están todavía presente ¿ Explica:

b. La colocación actual es apropiado para cumplir con las necesidades del niño/s? Si no, explica porque y explica específicamente los esfuerzos que se están haciendo para asegurar una colocación apropiado:

Elemento	Sí	No	Explicación
Ambiente menos restrictivo, mas cerca a un hogar familiar			
Dentro de la comunidad de su casa			
Dentro del distrito escolar de su hogar			
Viven con un familiar			

Nombre del Niño/s _ _ _ _ _

c. El plan corriente de permanencia y el plan alternativo de permanencia son apropiados para este niño/a? Si no, explica porque y que plan seria apropiado:

d. Permanencia Puntual [N.C.G.S. 7B-907-(d)]:

Este a niño(a) ha estado en cuidado temporal de los últimos 22 meses. 12 o mas meses un TPR a sido presentado?

Si ☐ No ☐ No Aplica (sí el niño a estado en cuidado menos de 12 meses de los previo 22) ☐

Si un TPR no a sido presentado para un niño(a) que a estado en cuidado temporal 12 o mas meses de los últimos 22 meses, indica porque.

☐ El niño lo esta cuidando un pariente

☐ La agencia ha documentado en el plan del caso razones convincentes para determinar que un TPR no es en el mejor interés del niño. (Declara porque)

☐ La agencia no ha suministrado los servicios necesarios para que el niño tenga un regreso seguro a su casa si esfuerzos razonables son requisitos de la corte.

VI. REVISIÓN DE SERVICIOS: (Describir o adjuntar documentación para las siguientes preguntas)

a. Que esfuerzos se han hechos por la agencia para conseguir el plan de permanencia del niño(a) ?

b. Que servicios esta siendo suministrados a la familia por otras agencias de la comunidad para apoyar el plan de permanencia? Que otros servicios se necesitan?

Mas servicios serán necesarios para abordar

VII. PROGRESO DE LA FAMILIA

VIII. COMENTARIOS DEL TRABAJADOR

IX. RECOMENDACIONES DEL EQUIPO Y COMENTARIOS:

Fecha del próximo reviso_____

DSS 5094 Poner al corriente cumplido Si (fecha) _____ No Aplica _____ Firma del Trabajador Social_____.