

Nombre del joven/adulto joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte | División de Servicios Sociales

PARTE A: PLAN DE HOGAR TRANSITORIO PARA JÓVENES/ADULTOS JÓVENES EN RÉGIMENES DE ACOGIDA

Instrucciones:	<ol style="list-style-type: none">1. Este formulario se debe completar en el plazo de los 30 días posteriores a que el joven cumpla 14 años o cuando el joven ingresa al régimen de acogida, si es mayor de 14 años; y se debe actualizar cada 90 días a partir de entonces.2. El Plan de hogar transitorio (parte B) se debe completar en el plazo de los 90 días previos a que el joven cumpla 18 años. En este momento, se le debe informar al joven acerca de su opción de continuar en el régimen de acogida para jóvenes 18 a 21 años. Nota: Si el joven elige continuar en el régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años, se debe completar el Plan de hogar transitorio y los objetivos del TLP (sección I.B) se deben actualizar para reflejar cómo los jóvenes planean cumplir con los requisitos de elegibilidad del programa.
Régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años:	<ol style="list-style-type: none">1. Si el adulto joven elige continuar en el régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años, se debe actualizar el TLP (sección I - III) en el plazo de los 30 días posteriores a que el adulto joven cumpla los 18 años y cada 90 días a partir de entonces.2. Si el adulto joven es mayor de 18 años y desea volver a ingresar al régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años, se debe completar el TLP (secciones I - III) en el plazo de los 30 días posteriores al reingreso y cada 90 días a partir de entonces.3. El Plan de hogar transitorio (parte C) se debe completar en el plazo de los 90 días previos a que el adulto joven cumpla los 21 años o a la salida planificada del régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años.

I. PLAN DE HOGAR TRANSITORIO

Nombre del trabajador social: _____

Número de teléfono del trabajador social: (____) _____

Partes del plan del caso:

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección de correo electrónico: _____

A. INFORMACIÓN PARA JÓVENES/ADULTOS JÓVENES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Fecha de la primera admisión al cuidado fuera del hogar: _____ Fecha de la última admisión al cuidado fuera del hogar: _____

Fecha estimada de salida del régimen de acogida: _____ Fecha del plan inicial: _____

Tipo de ubicación: _____ Fecha de colocación: _____

Nombre del joven/adulto joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

Régimen de acogida habitual

Régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años

Si elige el régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años, ¿la colocación continúa en estado de aprobación? Sí No

B. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Fecha del Plan: _____

Se debe completar por el joven/adulto joven y el equipo:

Fortalezas del joven/adulto joven: *(incluir pasatiempos, intereses, actividades extracurriculares, de enriquecimiento, culturales y sociales)*

¿Se completó la evaluación de habilidades para la vida? Sí No Fecha de realización: _____

Nota: Los elementos que se deben considerar al desarrollar objetivos deben incluir, entre otros, lo siguiente: capacitación educativa y profesional, sistemas de apoyo personal, habilidades para una vida independiente, planes de vida seguros y protegidos al salir del régimen de acogida y cualquier otro elemento específico relacionado con la transición del joven/adulto joven a la independencia.

Objetivo:	Actividades/pasos para alcanzar el objetivo:	Partes responsables:	Fecha de realización prevista:	Evolución:
				Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Objetivo cumplido <input type="checkbox"/> Evolución satisfactoria <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ asistencia <input type="checkbox"/> Se debe modificar el objetivo
				Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Objetivo cumplido <input type="checkbox"/> Evolución satisfactoria <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ asistencia <input type="checkbox"/> Se debe modificar el objetivo
				Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Objetivo cumplido <input type="checkbox"/> Evolución satisfactoria <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ asistencia <input type="checkbox"/> Se debe modificar el objetivo
				Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Objetivo cumplido <input type="checkbox"/> Evolución satisfactoria <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ asistencia <input type="checkbox"/> Se debe modificar el objetivo

Nombre del joven/adulto joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

				Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Objetivo cumplido <input type="checkbox"/> Evolución satisfactoria <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ asistencia <input type="checkbox"/> Se debe modificar el objetivo
--	--	--	--	---

C. RELACIONES QUE BRINDAN APOYO

Nombre:	Relación con el joven/ adulto joven:	Dirección:	Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono: ()
---------	---	------------	----------------------------------	---------------------------------

Apoyo ofrecido: *(vivienda, presupuesto, atención médica, planificación profesional/educativa, etc.)*

Nombre:	Relación con el joven/ adulto joven:	Dirección:	Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono: ()
---------	---	------------	----------------------------------	---------------------------------

Apoyo ofrecido: *(vivienda, presupuesto, atención médica, planificación profesional/educativa, etc.)*

Nombre:	Relación con el joven/ adulto joven:	Dirección:	Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono: ()
---------	---	------------	----------------------------------	---------------------------------

Apoyo ofrecido: *(vivienda, presupuesto, atención médica, planificación profesional/educativa, etc.)*

Nombre:	Relación con el joven/ adulto joven:	Dirección:	Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono: ()
---------	---	------------	----------------------------------	---------------------------------

Apoyo ofrecido: *(vivienda, presupuesto, atención médica, planificación profesional/educativa, etc.)*

¿Qué otras medidas se tomarán para entablar relaciones adultas significativas y brindar apoyo para el joven/adulto joven?

Nombre del joven/adulto joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

D. VIVIENDA

Dirección actual: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	Teléfono u otra información de contacto:
Lugar donde el joven/adulto joven planea vivir al salir del régimen de acogida: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	Teléfono u otra información de contacto:
¿Qué alternativa tendrá el joven como vivienda si el plan anterior fracasa? <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	Teléfono u otra información de contacto:

E. OTROS SERVICIOS NECESARIOS

¿Se necesita algún otro servicio para ayudar al joven/adulto joven con las habilidades para la vida independiente, el tratamiento médico, el asesoramiento, el apoyo educativo, la preparación e inserción laboral o el desarrollo de redes de apoyo? En caso afirmativo, mencione los servicios necesarios a continuación:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicio:	¿Quién es el responsable?	¿Se ha hecho un referido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____
Servicio:	¿Quién es el responsable?	¿Se ha hecho un referido? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> No Fecha: _____
Servicio:	¿Quién es el responsable?	¿Se ha hecho un referido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha: _____

II. PLAN ALTERNATIVO

En caso de que el plan mencionado no funcione, se produzca una salida inesperada del régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años o haya una interrupción repentina en la participación, ¿cuál es el plan de respaldo del joven/adulto joven? *(documentar un plan de respaldo desarrollado completamente que incluya planes alternativos para la escuela o el empleo, los recursos que se utilizarán y cualquier otra información específica para estas circunstancias. Este plan se debe desarrollar en forma conjunta con el joven/adulto joven)*

Nombre del joven/adulto joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

III. SERVICIOS DE RÉGIMEN DE ACOGIDA PARA JÓVENES DE 18 A 21 AÑOS (únicamente)

A. ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA

<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria/GED	Nombre de la escuela: Dirección de la escuela: Número de teléfono:	Nivel de grado:
		Fecha prevista de graduación:
<input type="checkbox"/> Universidad/programa profesional	Nombre de la escuela: Dirección de la escuela: Número de teléfono: Tipo de programa:	Horas/semestre:
		Total de créditos obtenidos:
<input type="checkbox"/> Programa para eliminar las barreras al empleo	Nombre del programa: Dirección: Número de teléfono:	Horas/semana:
<input type="checkbox"/> Empleo	Nombre del empleador: Dirección del empleador: Número de teléfono:	Horas/semana:
<input type="checkbox"/> Afección médica/discapacidad	Afección que exime de la participación:	¿La afección está documentada en el registro del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

B. DESARROLLO DE HABILIDADES

Asistencia educativa/profesional:	
Asistencia laboral:	
Capacitación en habilidades para la vida:	
Vivienda transitoria:	
Salud médica/dental/mental:	
Fortalecimiento de los sistemas de apoyo personal:	
Otro:	
Fortalezas identificadas:	
Necesidades identificadas:	
Otros servicios solicitados:	

Nombre del joven/adulto joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

C. FIRMAS

FIRMAS	COMENTARIOS	FECHA	HE RECIBIDO UNA COPIA DE ESTE PLAN
Joven/adulto joven			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Proveedor de cuidado			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Proveedor de cuidado			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Progenitor (si corresponde)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Progenitor (si corresponde)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trabajador social			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Supervisor de trabajo social			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Proveedor de servicios			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Proveedor de servicios			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No