

Nombre del adulto joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

I. PARTE C: PLAN DE HOGAR TRANSITORIO – PLAN DE HOGAR TRANSITORIO DE 90 DÍAS PARA ADULTOS JÓVENES EN REGÍMENES DE ACOGIDA PARA JÓVENES DE 18 A 21 AÑOS

(Se debe completar en el plazo de los 90 días previos a que el joven adulto cumpla 21 años o a la salida planificada del régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años)

A. DETALLES Y RECURSOS

RÉGIMEN DE ACOGIDA PARA JÓVENES DE 18 A 21 AÑOS	
¿Se le ha explicado al adulto joven la política de reingreso al régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Iniciales del adulto joven: _____
VIVIENDA	
Dirección actual: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	Teléfono u otra información de contacto:
Lugar donde el adulto joven planea vivir al salir del régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años: <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:
RECURSOS DE VIVIENDA	
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

EDUCACIÓN			
Nivel de grado actual:	Escuela a la que asiste el adulto joven en la actualidad:	Fecha prevista de graduación:	Promedio de calificaciones actual:
¿El adulto joven tiene un IEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	Fecha de la última reunión del IEP:	Si el joven tiene/tuvo un IEP, ¿participa en la reinserción profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	
Objetivo educativo: <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Diploma de HS <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Programa profesional <input type="checkbox"/> Universidad de dos años <input type="checkbox"/> Universidad de cuatro años <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿El adulto joven ha recibido un diploma de escuela secundaria o GED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El adulto joven tiene previsto asistir a la universidad o a un programa vocacional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Dedicación completa <input type="checkbox"/> Dedicación parcial	
¿El adulto joven ha completado los exámenes PSAT/SAT/ACT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	Fecha de realización: Puntaje:	¿El joven ha solicitado alguna subvención educativa, beca o ayuda económica, como la Subvención Pell, los vales de capacitación educativa o las becas NC Reach? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	
Mencione las subvenciones, las becas y la ayuda económica que el adulto joven ha solicitado y el estado actual de la solicitud:			

Nombre del adulto joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

EDUCACIÓN, CONTINUACIÓN

¿Se presentó la solicitud para la universidad o el programa profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	Nombre de las escuelas o los programas solicitados, y estado actual de la solicitud:		
Otros referidos educativos realizados:			
¿El adulto joven está inscrito en una universidad o un programa profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	Nombre de la escuela o del programa:		
En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Dedicación completa <input type="checkbox"/> Dedicación parcial			
Área de estudio:	Fecha prevista de graduación:	Promedio de calificaciones actual:	Adjunto: <input type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Constancia de calificaciones

RECURSOS EDUCATIVOS

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

EMPLEO/PROGRAMA DE CAPACITACIÓN/VOLUNTARIADO

¿Se ha referido al adulto joven a WIOA a través de NCWorks? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	¿El adulto joven tiene conocimiento de cómo completar una solicitud de empleo? <i>(En caso negativo, este debería ser un objetivo del TLP)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El adulto joven cuenta con un currículum actualizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El adulto joven ha presentado alguna solicitud de empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
Mencione las solicitudes presentadas: <i>(adjuntar otras hojas si es necesario)</i>			
¿El adulto joven tiene un empleo en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección del empleador: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>		Horas por semana:
¿El adulto joven está inscrito en un programa de capacitación para limitar o eliminar las barreras al empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección del programa: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>		Horas por semana:
Mencione cualquier referido que se haya hecho con respecto al empleo o a la capacitación y el estado actual del referido: <i>(adjuntar otras hojas si es necesario)</i>			
¿El adulto joven realiza una pasantía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección de la pasantía: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>		
¿El adulto joven realiza un voluntariado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lugares de voluntariado:		Horas:

Nombre del adulto joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

EMPLEO/CAPACITACIÓN/RECURSOS DE VOLUNTARIADO

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

TRANSPORTE

¿El adulto joven tendrá acceso a transporte constante tras el licenciamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El adulto joven tiene su propio automóvil, camión, bicicleta u otro medio de transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay una línea de transporte público cerca del lugar donde residirá el adulto joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros medios de transporte:
--	--	---	-----------------------------

RECURSOS DE TRANSPORTE

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

SEGURO DE SALUD

El joven es elegible para Extended Foster Care Medicaid Program según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Costo (Affordable Care Act). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El adulto joven ha recibido información y asistencia con respecto a los procedimientos de solicitud para Medicaid y otros seguros de salud financiados por el Gobierno estatal/federal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros seguros de salud privados: Compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____
--	--	---

RECURSOS DE SEGURO DE SALUD

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico:	Número de teléfono: ()
Dirección: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	
Nombre del dentista:	Número de teléfono: ()
Dirección: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	

ATENCIÓN MÉDICA, CONTINUACIÓN

Nombre del proveedor de salud mental:	Número de teléfono: ()
Dirección: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	

Nombre del adulto joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

OBLIGATORIO: el adulto joven ha recibido información sobre la importancia de designar a una persona para que tome decisiones relacionadas con la atención médica en su nombre, si este no puede hacerlo y no tiene o quiere que un familiar, que de otro modo sería designado en virtud de la ley de Carolina del Norte, tome dichas decisiones. Sí No

El adulto joven ha recibido información sobre cómo otorgar un poder notarial o designar un apoderado de atención médica. Sí No

Puede encontrar el documento de Poder notarial de atención médica en:
https://www.sosnc.gov/documents/forms/advance_healthcare_directives/health_care_power_of_attorney.pdf

RECURSOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

INFORME DE INGRESOS/CRÉDITO

¿El adulto joven tendrá un ingreso además del que recibe del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, mencionar las fuentes de ingresos:	Cantidad de ingresos complementarios mensuales:	¿El joven tiene un empleo en la actualidad o tendrá uno al momento de retirarse del régimen de acogida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, mencionar los ingresos mensuales:
¿La agencia de bienestar infantil ha realizado una verificación del informe de crédito del adulto joven en las tres agencias de crédito (Equifax, Transunion y Experian)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha de la última verificación: _____	¿Hubo algún problema con el informe del adulto joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los problemas?		
¿Cómo se resolvieron los problemas crediticios?			Si no se ha realizado una verificación del informe de crédito, mencione la fecha en la que se realizará la verificación: _____	
ADULTO JOVEN: usted tiene derecho a una verificación anual del informe de crédito en las tres agencias de crédito (Equifax, Transunion y Experian).				

LINKS/VIDA INDEPENDIENTE

ADULTO JOVEN: el programa LINKS está disponible para usted para servicios y recursos hasta los 21 años. Los servicios de régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años también están disponibles para usted hasta que cumpla 21 años. Puede volver a ingresar a este programa en cualquier momento. Puede comunicarse con el coordinador de LINKS en su condado de residencia, sin importar si es el mismo condado en el que recibió el régimen de acogida.

Coordinador de LINKS:	Número de teléfono: ()	Dirección de correo electrónico:
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>	

Nombre del adulto joven: _____ Fecha de nacimiento: _____

B. DOCUMENTOS QUE DEBEN PROPORCIONARSE AL ADULTO JOVEN AL MOMENTO DEL LICENCIAMIENTO

- Original o copia certificada del certificado de nacimiento
- Original o copia certificada de la Tarjeta de Seguro Social
- Copias de cualquier documento legal que el adulto joven pueda necesitar para el empleo o los beneficios, incluida la verificación de la elegibilidad para Extended Foster Care Medicaid, la documentación de residencia legal, etc.
- Licencia de conducir o tarjeta de identificación
- Copias de cualquier informe de crédito y documentación relacionada con los problemas resueltos en el informe de crédito
- Copia original y firmada de este documento

A. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ADULTO JOVEN

Nos gustaría permanecer en contacto con usted. Indíquenos el nombre y la información de contacto de las personas que sabrán cómo ponerse en contacto con usted en el futuro.

B. FIRMAS

Firma del joven

Fecha

Firma del trabajador social/coordinador de LINKS

Fecha

Firma del director de la agencia/de la persona designada

Fecha