

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

Condado: Número de caso:

Nombre del caso:		Nombre del trabajador de la agencia: Número de teléfono y correo electrónico:	
		Nombre del supervisor de la agencia: Número de teléfono y correo electrónico:	

I. Datos demográficos familiares	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Fecha de custodia/ 1 ^{ra} colocación fuera del hogar:
Niño/joven:				
Niño/joven:				
Niño/joven:				
Niño/joven:				
Niño/joven:				
Niño/joven:				

Madre de:		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Abogado de la madre		Teléfono:	Correo electrónico:	
Madre de:		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Abogado de la madre		Teléfono:	Correo electrónico:	
Padre de:		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Abogado del padre		Teléfono:	Correo electrónico:	
Padre de:		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Abogado del padre		Teléfono:	Correo electrónico:	
Otro cuidador		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Otro cuidador		Edad:		
Dirección		Teléfono:	Correo electrónico:	
Tutor ad litem		Teléfono:	Correo electrónico:	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

II. (a) Objetivos y actividades para abordar las necesidades o barreras identificadas (complete 1 página por cada Necesidad o Barrera identificada)
Para lograr el Plan Primario o Plan Secundario Si el plan es la reunificación, identifique a los padres:

1. <input type="checkbox"/> Necesidad (de la Evaluación de fortalezas y necesidades cuando el <input type="checkbox"/> objetivo es la reunificación): Barrera:
2. Describa los comportamientos que son motivo de preocupación o el estado de la barrera:
3. Objetivo/Resultado deseado:

Actividades (para padres/familiares)	Quién es el responsable	Fecha prevista	Notas de progreso de la actividad
Actividades (para la agencia de bienestar infantil)	Quién es el responsable	Fecha prevista	Notas de progreso de la actividad

Progreso hacia el logro del objetivo/resultado deseado

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

II. (b) *Objetivos y actividades para abordar las necesidades o barreras identificadas* (complete 1 página por cada Necesidad o Barrera identificada)
Para lograr el Plan Primario o Plan Secundario Si el plan es la reunificación, identifique a los padres:

1. <input type="checkbox"/> Necesidad (de la Evaluación de fortalezas y necesidades cuando el <input type="checkbox"/> objetivo es la reunificación): Barrera:
2. Describa los comportamientos que son motivo de preocupación o el estado de la barrera:
3. Objetivo/Resultado deseado:

Actividades (para padres/familiares)	Quién es el responsable	Fecha prevista	Notas de progreso de la actividad
Actividades (para la agencia de bienestar infantil)	Quién es el responsable	Fecha prevista	Notas de progreso de la actividad

Progreso hacia el logro del objetivo/resultado deseado

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

II. (c) *Objetivos y actividades para abordar las necesidades o barreras identificadas* (complete 1 página por cada Necesidad o Barrera identificada)

Para lograr el Plan Primario o Plan Secundario Si el plan es la reunificación, identifique a los padres:

1. <input type="checkbox"/> Necesidad (de la Evaluación de fortalezas y necesidades cuando el <input type="checkbox"/> objetivo es la reunificación): Barrera:
2. Describa los comportamientos que son motivo de preocupación o el estado de la barrera:
3. Objetivo/Resultado deseado:

Actividades (para padres/familiares)	Quién es el responsable	Fecha prevista	Notas de progreso de la actividad
Actividades (para la agencia de bienestar infantil)	Quién es el responsable	Fecha prevista	Notas de progreso de la actividad

Progreso hacia el logro del objetivo/resultado deseado

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

II. (d) Objetivos y actividades para abordar las necesidades o barreras identificadas (complete 1 página por cada Necesidad o Barrera identificada)

Para lograr el Plan Primario o Plan Secundario Si el plan es la reunificación, identifique a los padres:

2. <input type="checkbox"/> Necesidad (de la Evaluación de fortalezas y necesidades cuando el <input type="checkbox"/> objetivo es la reunificación): Barrera:
2. Describa los comportamientos que son motivo de preocupación o el estado de la barrera:
3. Objetivo/Resultado deseado:

Actividades (para padres/familiares)	Quién es el responsable	Fecha prevista	Notas de progreso de la actividad
Actividades (para la agencia de bienestar infantil)	Quién es el responsable	Fecha prevista	Notas de progreso de la actividad

Progreso hacia el logro del objetivo/resultado deseado

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

Estado de la revisión: Fecha	Comentarios:
<input type="checkbox"/> Objetivo alcanzado en su totalidad	
<input type="checkbox"/> Ya no es apropiado	
<input type="checkbox"/> Alcanzado parcialmente	
<input type="checkbox"/> No alcanzado	

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

III. Necesidades de bienestar/Necesidades adicionales de los padres Marque N/C si se ha extinguido la patria potestad N/C
¿Las necesidades de bienestar de los padres se incorporan a los objetivos y las actividades del Acuerdo de Servicios anterior? Sí No
En caso de respuesta negativa, ¿cómo se están abordando estas necesidades?

IV. Tribunal

¿Las órdenes judiciales se incorporan a los objetivos y las actividades del Acuerdo de Servicios anterior? Sí No
Si la respuesta es negativa, explicar:

Fecha de la próxima revisión judicial:

Fecha de la última revisión judicial:

Recomendaciones con respecto a los padres/cuidadores o barreras para la próxima audiencia:

Aviso de Representación Legal:

La ley de Carolina del Norte otorga a todos los padres el derecho a un abogado en los casos en que una petición juvenil alega que un niño es abusado, descuidado o dependiente (N.C.G.S. [§7B-602](#)). Carolina del Norte también otorga a cada niño el derecho a un tutor ad litem y un abogado defensor en los casos en que una petición juvenil alega que un niño es abusado o descuidado (N.C.G.S. [§7B-601](#)). El derecho a un abogado independiente es necesario para llevar a cabo el requisito del plan del régimen de acogida del título IV-E de la agencia.

ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES DE PLANIFICACIÓN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

V. Firmas Al firmar a continuación, entiendo que la información obtenida durante esta reunión es **confidencial** y no se debe divulgar. Las normas estrictas de confidencialidad son necesarias para la protección de los niños. La información se compartirá solo con el fin de proporcionar servicios al niño/joven y a la familia, y de acuerdo con el Estatuto General de Carolina del Norte y la Parte V de la Ley de Privacidad de 1974. Cualquier información sobre abuso o negligencia infantil que la agencia de bienestar infantil no conozca está sujeta a las leyes de denuncia de abuso y negligencia infantil. Cualquier declaración sobre la intención de hacerse daño a sí mismo o a otros debe comunicarse a las autoridades competentes para garantizar la seguridad de todos los implicados. Mi firma indica que participé en esta reunión.

Rol	Firma y comentarios	Fecha	Participó en:	Copia recibida
Padre o madre			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Padre o madre			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Niño/joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Niño/joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Niño/joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Niño/joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Niño/joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Trabajador de la agencia			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Supervisor de la agencia			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Tutor ad litem			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Proveedor de colocación			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Proveedor de colocación			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Representante de la tribu			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Otro Relación/teléfono/correo electrónico			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Otro Relación/teléfono/correo electrónico			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA <input type="checkbox"/> CFT	<input type="checkbox"/> No
Otros invitados pero no pudieron asistir				