

**Contrato de Estudiante/DSS para Apoyo residencial permanente  
(CARS)**

**Revisión a los seis meses**

\_\_\_\_\_ fecha

**(Responsabilidades de un joven adulto)**

**Educacional**

Asistencia a programa vocacional/escuela \_\_\_\_\_ Hrs. por semana: \_\_\_\_\_

Progreso durante los 6 meses anteriores: \_\_\_\_\_

Promedio de puntos del grado: \_\_\_\_\_ Fecha de completación esperada: \_\_\_\_\_

**Empleo**

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Hrs. tiempo parcial: \_\_\_\_\_ Hrs. tiempo completo \_\_\_\_\_

Evaluación de empleo por el empleador Excelente \_\_\_ Satisfactorio \_\_\_ Poco satisfactorio \_\_\_

Evaluación del empleo por el joven adulto: Excelente \_\_\_

Satisfactorio \_\_\_ Insatisfactorio \_\_\_ No empleado \_\_\_\_\_

**Colocación**

Ubicación de colocación de hogar sustituto: \_\_\_\_\_

Proveedor de colocación: \_\_\_\_\_

Evaluación por un joven adulto con relación a la idoneidad de la colocación

Excelente \_\_\_ Satisfactorio \_\_\_ Poco satisfactorio \_\_\_\_\_

Desea continuar en esta colocación? S \_\_\_ No \_\_\_

Desea continuar con el Convenio voluntario de colocación? S \_\_\_ No \_\_\_

Fecha de terminación esperada: \_\_\_\_\_

**Desarrollo de habilidades:**

Fortalezas identificadas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Necesidades identificadas

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Servicios solicitados: \_\_\_\_\_

**Comentarios:**

**Responsabilidades de la Agencia**

Tipo de colocaci n de hogar sustituto:

Proveedor de colocaci n \_\_\_\_\_

Evaluaci n por el proveedor de colocaci n en relaci n al uso de la colocaci n:

Excelente \_\_\_\_\_ Satisfactorio \_\_\_\_\_ Poco satisfactorio \_\_\_\_\_

Est la agencia dispuesta a continuar proporcionando esta colocaci n? S \_\_\_ No \_\_\_

**Servicios proveídos al joven adulto durante los seis meses anteriores**

**Asistencia educacional:**

**Asistencia vocacional:**

**Capacitación de habilidades para la vida:**

**Vivienda transicional:**

**Consejería personal:**

**Fortalecimiento del sistema de apoyo personal**

**Otro**

**Servicios que facilitará DSS durante el siguiente período, incluyendo frecuencia**

**Intervención de otros miembros necesaria durante el siguiente período:**

\_\_\_\_\_  
Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Proveedor de cuidados \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Trabajador social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Trabajador social: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_