

Fecha: _____

Sr. Sra.

La agencia de Bienestar Infantil del condado de _____ ha programado la Revisión del Plan de Permanencia y discusión de las metas y planes de _____.
Menor/Joven

Porque usted es el _____ del menor/joven, su opinión es importante. La reunión se llevará a cabo el _____ en _____.
Fecha Hora y Lugar

Si usted es el padre o madre del menor/joven, usted tiene derecho a traer su abogado, aunque no es requerido que lo traiga.

Si tiene preguntas acerca de esta reunión, llámeme al _____ a más tardar el _____.
Teléfono Fecha

Atentamente,

Trabajador de la Agencia de Bienestar Infantil
Condado: _____
Tel. _____