

Fecha: _____

Sr. Sra.

En _____, una revisión del Plan de Permanencia se realizó para evaluar las metas y planes de
Fecha
_____. Como resultado, se tomaron las siguientes decisiones:
Menor/Joven

Marque esta casilla si se llegó a la decisión de que un cambio de colocación era necesario.

Se necesita un cambio de colocación para _____ en/o_____.
Menor/Joven Fecha

Debido a que:

Marque uno:

- El Plan de Tiempo de Familia y Contacto debe ser cambiado. Si usted es el padre o madre, es importante que nos reunamos con usted antes de su próxima visita para modificar el Plan de Tiempo de Familia y Contacto.
- El cambio **NO** afectará su Plan de Tiempo de Familia y Contacto.

Marque uno:

Se requiere un cambio de escuela para _____ porque
Menor/Joven

NO se requiere un cambio de escuela.

Por favor Llámeme al _____ a más tardar en _____ para hablar sobre las decisiones
Teléfono Fecha

tomadas en la Revisión del Plan de Permanencia dentro del término de 10 días de la fecha de esta carta.

Atentamente,

Trabajador de la Agencia de Bienestar Infantil
Condado: _____

Tel. _____