

**ACUERDO DE SERVICIOS DE FAMILIA EN CASA DE CAROLINA DEL NORTE**  
**NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**Condado /County:**

**Numero de Caso /Case Number:**

<b>Nombre del caso /Case Name:</b>	
<b>Nombre del Trabajador de la Agencia, teléfono y correo electrónico /Agency Worker Name, Phone Number &amp; Email</b>	
<b>Supervisor de la agencia, teléfono y correo electrónico /Agency Supervisor Name Phone Number &amp; Email</b>	

Este documento sirve múltiples propósitos:

- Compila información importante acerca de la familia y los menores, incluyendo sus fortalezas y necesidades
- Documenta como los participantes trabajaran en conjunto para lograr identificar objetivos y el progreso para el logro de esos objetivos
- Cumple requerimientos federales y estatales

This document serves multiple purposes. It:

- Compiles important information about the family and children, including their strengths and needs
- Documents how all participants will work together to achieve the identified goals and the progress toward those goals
- Meets federal and state requirements

<b>Demográfica familiar/Family Demographics</b>	<b>Nombre y Dirección/Name &amp; Address</b>		
Menor /Child		Nació (fecha)/DOB:	Edad/Age:
Menor /Child		Nació /DOB:	Edad/Age:
Menor /Child		Nació /DOB:	Edad/Age:
Menor /Child		Nació /DOB:	Edad/Age:
Menor /Child		Nació /DOB:	Edad/Age:
Menor /Child		Nació /DOB:	Edad/Age:
Madre /Mother		Teléfono/Phone:	Edad/Age:
Padre de /Father of:		Teléfono/Phone:	Edad/Age:
Padre de /Father of:		Teléfono/Phone:	Edad/Age:
Otro cuidador /Other Caregiver		Teléfono/Phone:	Edad/Age:
Otro cuidador /Other Caregiver		Teléfono/Phone:	Edad/Age:

<b>Proveedor de Seguridad Temporal /Temporary Safety Provider</b>	<b>Nombre y Dirección /Name &amp; Address</b>
Cuidador /Caregiver	
Cuidador /Caregiver	
Cuidador /Caregiver	
Cuidador /Caregiver	

**ACUERDO DE SERVICIOS DE FAMILIA EN CASA DE CAROLINA DEL NORTE**  
**NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**Fortalezas y Recursos/Strengths & Resources**

Identifique a la familia y las fortalezas de los miembros de la familia/Identify family and family member strengths.

Identifique los servicios proporcionados a la familia y describa como la familia hace uso de esos servicios/Identify services in place for the family & Describe family's use of those services.

Identifique apoyos naturales de la familia, incluyendo familiares lejanos. Especifique como se involucran esos apoyos, incluyendo los participantes en las reuniones de CFT/Identify natural family supports, including extended family members. Specify current involvement of those supports, including the CFT meeting participants.

Lo siguiente se construye sobre las fortalezas y recursos para enfrentar los problemas y las necesidades de la familia. También considera la información encontrada en la Evaluación de CPS (Servicios de Protección al Menor), basándose en las herramientas de evaluación de Bienestar Infantil de NC y proporciona actividades específicas para prevenir la entrada del niño o niños a la custodia del sistema de Bienestar Infantil del Condado. /The following build upon family strengths and resources to address family issues and needs. They also address the findings of the CPS Assessment, which are based on the NC Child Welfare assessment tools, and provide specific activities to prevent the child(ren) from entering county child welfare custody.

**ACUERDO DE SERVICIOS DE FAMILIA EN CASA DE CAROLINA DEL NORTE**  
**NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**Objetivos y Actividades para Enfrentar Amenazas de Seguridad Identificadas/ Objectives and Activities to Address Identified Safety Threats.**

Incluya actividades de seguridad identificadas en el TPSA que no han sido completadas. Si el niño o niños han sido colocados con un Proveedor Temporal de Seguridad, especifique que es lo que se necesita para que el niño o niños regresen a estar bajo en cuidado de uno o de ambos padres y que servicios se han proporcionado para apoyar al Proveedor Temporal de Seguridad para asegurar que ellos pueden proporcionar un hogar seguro y estable para el niño o niños. /Include safety activities identified on the TPSA that have not been completed. If child(ren) are placed with a Temporary Safety Provider, specify what needs to take place for the child(ren) to return to the care of one or both of their parents and what services are being provided to support the Temporary Safety Provider to ensure they can provide a safe and stable home for the child(ren).

**Actualmente hay alguna Amenaza de Seguridad**

Is there a current Safety Threat?

**SI, complete esta página**

Yes, complete this page

**NO, vaya a objetivos y actividades**

No, go to objectives and activities

Si hay más de 1 amenaza de seguridad, duplique esta pagina por cada amenaza de seguridad.

If there is more than 1 safety threat, duplicate this page for each safety threat.

<b>Describa Conductas Preocupantes:</b> Describe Behaviors of Concern:	
<b>Objetivo:</b> Objective:	

Actividades (por la Familia y la Agencia de Bienestar Infantil) Activities (by Family/Child Welfare Agency)	Quien es Responsable Who is Responsible	Fecha a Lograrse Target Date	Notas de Progreso en Actividades Activity Progress Notes

**Progreso Enfrentando las Amenazas Identificadas de Seguridad /Progress toward Addressing the Identified Safety Threats**

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date <input type="checkbox"/> Se logro completamente el objetivo /Objective Achieved in full <input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed <input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved <input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	Comentarios /Comments:
--	------------------------

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date <input type="checkbox"/> Se logro completamente el objetivo /Objective Achieved in full <input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed <input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved <input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	Comentarios /Comments:
--	------------------------

**ACUERDO DE SERVICIOS DE FAMILIA EN CASA DE CAROLINA DEL NORTE**  
**NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**¿Hay un Proveedor Temporal de Seguridad?**       **SI/YES**       **NO**

Is there a Temporary Safety Provider?

**Nombre del Proveedor**  
Provider Name:

**Nombre del Niño o Niños:**  
Child(ren) Name:

**¿Qué servicios se han proporcionado para apoyar al Proveedor Temporal de Seguridad para asegurar que puede proporcionar una casa segura y estable para los niños? /What services are being provided to support the Temporary Safety Provider to ensure they can provide a safe and stable home for the children?**

**¿Se completo y aprobó una Evaluación Completa del Proveedor?**       **SI/YES**       **NO**  
Comprehensive Provider Assessment completed and approved?

Si no se hizo la evaluación, ¿porque no se hizo?:  
If no, reason:

**ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES EN CASA DE CAROLIAN DEL NORTE /NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**Objetivos y actividades para enfrentar factores identificados /Objectives and Activities to Address Identified Factors**

Necesidad (de la Evaluación de Fortalezas y Necesidades) para todos los padres involucrados (También de las necesidades del niño o niños) /Need (from Strengths and Needs Assessment) for all involved parents (as well as needs of the child or children):	
Describe conductas preocupantes: Describe Behaviors of Concern:	
Objetivo: Objective:	

Actividades (por la Familia y la Agencia de Bienestar Infantil) Activities (by Family/Child Welfare Agency)	Quien es Responsable Who is Responsible	Fecha a Lograrse Target Date	Notas de Progreso en Actividades Activity Progress Notes

**Progreso Enfrentando las Amenazas Identificadas de Seguridad /Progress toward Addressing the Identified Safety Threats**

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date	Comentarios /Comments:
<input type="checkbox"/> Se logro completamente el objetivo /Objective Achieved in full	
<input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed	
<input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved	
<input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date	Comentarios /Comments:
<input type="checkbox"/> Se logro completamente el objetivo /Objective Achieved in full	
<input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed	
<input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved	
<input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date	Comentarios /Comments:
<input type="checkbox"/> Se logro completamente el objetivo /Objective Achieved in full	
<input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed	
<input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved	
<input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	

**ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES EN CASA DE CAROLIAN DEL NORTE /NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**Objetivos y actividades para enfrentar factores identificados /Objectives and Activities to Address Identified Factors**

Necesidad (de la Evaluación de Fortalezas y Necesidades) para todos los padres involucrados (También de las necesidades del niño o niños)/Need (from Strengths and Needs Assessment) for all involved parents (as well as needs of the child or children):	
Describe conductas preocupantes: Describe Behaviors of Concern:	
Objetivo: Objective:	

Actividades (por la Familia y la Agencia de Bienestar Infantil) Activities (by Family/Child Welfare Agency)	Quien es Responsable Who is Responsible	Fecha a Lograrse Target Date	Notas de Progreso en Actividades Activity Progress Notes

**Progreso Enfrentando las Amenazas Identificadas de Seguridad/Progress toward Addressing the Identified Safety Threats**

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date	Comentarios /Comments:
<input type="checkbox"/> Se logró completamente el objetivo /Objective Achieved in full	
<input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed	
<input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved	
<input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date	Comentarios /Comments:
<input type="checkbox"/> Se logro completamente el objetivo /Objective Achieved in full	
<input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed	
<input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved	
<input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date	Comentarios /Comments:
<input type="checkbox"/> Se logró completamente el objetivo /Objective Achieved in full	
<input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed	
<input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved	
<input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	

**ACUERDO DE SERVICIOS FAMILIARES EN CASA DE CAROLIAN DEL NORTE /NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**Objetivos y actividades para enfrentar factores identificados /Objectives and Activities to Address Identified Factors**

Necesidad (de la Evaluación de Fortalezas y Necesidades) para todos los padres involucrados (También de las necesidades del niño o niños) /Need (from Strengths and Needs Assessment) for all involved parents (as well as needs of the child or children):	
Describe conductas preocupantes: Describe Behaviors of Concern:	
Objetivo: Objective:	

Actividades (por la Familia y la Agencia de Bienestar Infantil) Activities (by Family/Child Welfare Agency)	Quien es Responsable Who is Responsible	Fecha a Lograrse Target Date	Notas de Progreso en Actividades Activity Progress Notes

**Progreso Enfrentando las Amenazas Identificadas de Seguridad /Progress toward Addressing the Identified Safety Threats**

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date	Comentarios /Comments:
<input type="checkbox"/> Se logro completamente el objetivo /Objective Achieved in full	
<input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed	
<input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved	
<input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date	Comentarios /Comments:
<input type="checkbox"/> Se logro completamente el objetivo /Objective Achieved in full	
<input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed	
<input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved	
<input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	

Revisión de Estatus: Fecha /Review status: Date	Comentarios /Comments:
<input type="checkbox"/> Se logro completamente el objetivo /Objective Achieved in full	
<input type="checkbox"/> Ya no es necesario /No longer needed	
<input type="checkbox"/> Logro Parcial /Partially Achieved	
<input type="checkbox"/> No Completado /Not Completed	

**Necesidades de bienestar del padre/cuidador**

Parent/Caretaker Well-Being Needs

**Nombre de los padres /Parent Name(s):**

¿Todas las necesidades de bienestar de los padres/cuidadores (educacionales, salud física y salud mental) han sido incorporadas en los objetivos y actividades en el Acuerdo de Servicios Familiares arriba descrito? SI/YES NO

Are all the parent(s)/caretaker(s) wellbeing needs (educational, physical health and mental health) incorporated into the objectives and activities of the Family Services Agreement above?

Si respondió NO, ¿Cómo se van a enfrentar estas necesidades?  
If not, how are these needs being addressed?

**Servicios Voluntarios /Voluntary Services**

Otras necesidades de los padres/cuidadores que pudieran impactar el logro de los objetivos/Other needs of the parent/caretaker that may impact achievement of goal

Identifique servicios voluntarios que no están en el Plan/Identify any voluntary services that are not addressed in the Plan:

Avance logrado para alcanzar los servicios voluntarios para el padre/cuidador/Progress toward meeting the parent/caretaker voluntary services:



**ACUERDO DE SEVICIOS FAMILIARES EN CASA DE CAROLINA DEL NORTE /NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**Revisión específica del niño** (Complete esta sección para cada niño o joven). Haga copias extra según necesite/**Child Specific Review** (Complete this section for each child/youth. Make extra copies as needed.)

**Nombre del Niño /Childs Name:**

Proveedor de Servicios, Información de Contacto/Service Provider and Contact Information		Necesidades/Asuntos/Fortalezas/Needs/Issues/Strengths	Seguimiento/Próximos Pasos, si es necesario/Follow Up/Next Steps, if needed
Educacional / Del Desarrollo Educational / Developmental	Escuela/Guardería /School/Daycare: Grado /Grade: ¿El niño ha sido retenido/avanzado en un grado? /Has the child ever been retained/advanced in a grade? <input type="checkbox"/> SI: Explique /Yes:Explain <input type="checkbox"/> NO Servicios colocados, IEP, A/G /Services in Place, IEP, A/G:	<input type="checkbox"/> SI/Yes <input type="checkbox"/> NO Explique: Explain:	Progreso/Seguimiento/Próximos Pasos, si son necesarios/Progress / Follow Up / Next Steps, if needed:
Físico / Medico / Medicación Physical / Medical/ Medication	Doctor/Dirección/Teléfono: Physician/Address/Phone: ¿Vacunas actualizadas? <input type="checkbox"/> SI/yes <input type="checkbox"/> NO Immunizations Current? Fecha de la última revisión médica: Date of the last medical checkup?	Necesidades de Salud/ problemas /fortalezas (Ej. Alergias, medicinas) /Any health needs/issues/strengths (i.e., Allergies, medications)?	Progreso/Seguimiento/Próximos Pasos, si son necesarios/Progress / Follow Up / Next Steps, if needed:
Dental	Dentista/Dirección/Teléfono: Dentist/Address/Phone: ¿Fecha de la última cita dental? Date of last dental appointment?	Necesidades/problemas /fortalezas/ needs/issues/strengths	Progreso/Seguimiento/Próximos Pasos, si son necesarios/Progress / Follow Up / Next Steps, if needed:
Necesidades de Salud Mental/Salud Conductual/Justicia Juvenil /Mental Health /Behavioral Health /Juvenile Justice needs	Proveedor/Dirección/Teléfono: Provider/Address/Phone: Diagnosis/Preocupación Conductual /Diagnosis/Behavior Concern:	Necesidades/problemas /fortalezas/ needs/issues/strengths	Progreso/Seguimiento/Próximos Pasos, si son necesarios/Progress / Follow Up / Next Steps, if needed:
Social / Otro Social/Other	Actividades /Activities:	Necesidades/problemas /fortalezas /needs/issues/strengths	Progreso/Seguimiento/Próximos Pasos, si son necesarios/Progress / Follow Up / Next Steps, if needed:
Seguro de Salud Health Insurance	Proveedor de Servicios & Información de Contacto Service Provider & Contact information:	Necesidades/problemas /fortalezas /needs/issues/strengths	Progreso/Seguimiento/Próximos Pasos, si son necesarios/Progress / Follow Up / Next Steps, if needed:

**ACUERDO DE SEVICIOS FAMILIARES EN CASA DE CAROLINA DEL NORTE /NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

<p>Participación del menor en la planeación del caso. Child/Youth's Participation in Case Planning</p>	<p>¿Como se dio oportunidad al menor de participar en el desarrollo de este Acuerdo de Servicios Familiares e identificar sus puntos de vista (preocupaciones, deseos)?/How was the child provided an opportunity to participate in the development of this In-Home Family Services Agreement and identify their input (concerns, desires)?</p>
--	---

**Niño o Niños /Child(ren):**

**¿Está el niño en riesgo inminente de remoción?**       **SI/Yes**       **No**

Is the child at imminent risk of removal?

**Si respondió SI, proporcione con un lenguaje claro y conciso la razón por la cual el niño o niños están en un riesgo inminente de remoción si los servicios no son proporcionados en un lapso de tiempo adecuado para prevenir la toma de custodia por parte de la agencia de Bienestar Infantil del Condado.** Los siguientes servicios preventivos están ausentes, /If Yes, provide clear and concise language regarding the specific reason that the child(ren) is/are at imminent risk of removal if services are not promptly provided to prevent county child welfare agency custody. Absent the following preventative services,

**Si no hay un padre residente, describa como ellos (y los miembros de su familia), están colaborando en la planeación de la seguridad del niño, niños o del joven. Describa como se ha involucrado el padre o madre no residente si es aplicable.** /If there is a non-resident parent, describe how they (and their family members) are assisting in the planning of the child(ren)/youth's safety. Describe the engagement of the non-resident parent, if applicable.

**Si el niño no puede estar seguro en casa, ¿cuáles son las preferencias del padre o madre para la colocación?** /If the child cannot be safely maintained in the home, what are the parent's preferences for placement?

**Describa cualquier conocimiento de que la familia es de ascendencia Indio-Americana y de los esfuerzos de la agencia para notificar a la tribu si esto es aplicable.** /Describe any knowledge of the family having American Indian Heritage and agency efforts to notify the tribe if applicable.

**ACUERDO DE SEVICIOS FAMILIARES EN CASA DE CAROLINA DEL NORTE /NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**Corte /Court**

¿Hay una acción legal abierta en este caso?       SI /Yes       NO

Is there a legal action open in this case?

Si respondió SI, ¿las ordenes de la corte se han incorporado en los objetivos y actividades del Acuerdo de Servicio? /If yes, are the orders of the court incorporated into the objectives and activities of the Service Agreement?

SI /Yes       NO      Si no se han incorporado, explique: /If not, explain:

Fecha de la próxima revisión de la corte /Date of Next Court Review:

Recomendaciones acerca de los padres/cuidadores o barreras para la próxima audiencia en la corte: /Recommendations regarding the parents/caretakers or barriers for the next court hearing:

**ACUERDO DE SEVICIOS FAMILIARES EN CASA DE CAROLINA DEL NORTE /NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

**Confidencialidad y firmas** Al firmar a continuación, entiendo que la información obtenida durante esta reunión permanecerá **confidencial** y no será revelada. Las estrictas normas de confidencialidad son necesarias para la protección del niño o niños. La información se compartirá únicamente con el propósito de proporcionar servicios al niño y a la familia, y de acuerdo con el Estatuto General de Carolina del Norte y la Parte V, Ley de Privacidad de 1974. Cualquier información sobre abuso o negligencia infantil que no sea conocida por la agencia de bienestar infantil está sujeta a las leyes de abuso y negligencia infantil. Cualquier divulgación sobre la intención de dañarse a sí mismo o a otras personas debe ser reportada a las autoridades apropiadas para garantizar la seguridad de todos los involucrados. Mi firma indica que participé en esta reunión para el desarrollo y/o actualización del Acuerdo de Servicios Familiares.

**Confidentiality & Signatures** In signing below, I understand that the information obtained during this meeting shall remain **confidential** and not be disclosed. Strict confidentiality rules are necessary for the protection of the child(ren). Information will be shared only for the purpose of providing services to the child and family, and in accordance with North Carolina General Statute and Part V, Privacy Act of 1974. Any information about child abuse or neglect that is not already known to the child welfare agency is subject to child abuse and neglect reporting laws. Any disclosure about intent to harm self or others must be reported to the appropriate authorities to ensure the safety of all involved. My signature indicates that I participated in this meeting for the development and/or update of the Family Services Agreement.

<b>Rol</b> Role	<b>Firmas y Comentarios</b> Signature & Comments	<b>Fecha</b> Date	<b>Recibió copia</b> Received copy
Padre o Madre Parent			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Padre o Madre Parent			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Menor Child			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Menor Child			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Menor Child			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Menor Child			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Trabajador de la Agencia Agency Worker			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No

**ACUERDO DE SEVICIOS FAMILIARES EN CASA DE CAROLINA DEL NORTE /NORTH CAROLINA IN-HOME FAMILY SERVICES AGREEMENT**

Supervisor de la Agencia Agency Supervisor			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Proveedor Temporal de Seguridad (Si lo hay) Temporary Safety Provider (if being used)			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Otro Agencia/Tel/Email Other Agency/Phone/Email			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Otro Agencia/Tel/Email Other Agency/Phone/Email			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Otro Agencia/Tel/Email Other Agency/Phone/Email			<input type="checkbox"/> SI /Yes <input type="checkbox"/> No
Otras personas invitadas que no pudieron asistir: Others invited but unable to attend:			