

REVISIÓN DEL PLAN 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:	Dirección de correo electrónico:
Abogado de la madre		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Madre de:		Edad:	
Dirección		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Abogado de la madre		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Padre de:		Edad:	
Dirección		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Abogado del padre		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Padre de:		Edad:	
Dirección		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Abogado del padre		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Padre de:		Edad:	
Dirección		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Abogado del padre		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Otro cuidador		Edad:	
Dirección		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Otro cuidador		Edad:	
Dirección		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:
Tutor ad litem		Teléfono:	Dirección de correo electrónico:

REVISIÓN DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

II. Revisión específica para niños (Complete esta sección para cada niño/joven. Haga copias adicionales según sea necesario).

(a) Resumen de las recomendaciones de la última reunión: N/C para la 1^{ra} revisión del plan de permanencia

(b) Condición de niño/joven (El trabajador debe completar la segunda y tercera columnas antes de la reunión).
La revisión de la información para verificar su exactitud, progreso y seguimiento debe ocurrir durante la reunión con notas tomadas en la última columna.

En la revisión del plan de permanencia de 12 meses (desde la fecha de custodia) y cada 12 meses a partir de entonces, complete el formulario DSS-5245 "Estado educativo" e incluya el Progreso/Seguimiento/Próximos pasos identificados en este formulario.			
Educativo/desarrollo	Escuela/guardería: Grado: ¿Alguna vez el niño ha sido adelantado o retenido en un grado? <input type="checkbox"/> Sí: Explicar _____ <input type="checkbox"/> No Servicios en el lugar, IEP, A/G:	¿Se cubren las necesidades educativas/de desarrollo del niño/joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar:	Progreso/Seguimiento/Próximos pasos, si es necesario:
En la revisión del plan de permanencia de 12 meses (desde la fecha de custodia) y cada 12 meses a partir de entonces, complete el formulario DSS-5207 "Formulario de antecedentes de salud" e incluya el Progreso/Seguimiento/Próximos pasos relacionados con el comportamiento y la salud mental/dental/médica/física.			
Físico/médico	Médico: ¿Vacunas actualizadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Fecha del último chequeo médico?	¿Algún problema de salud, alergias, asma, medicamentos?	Progreso/Seguimiento/Próximos pasos, si es necesario:
Dental	Dentista: ¿Fecha de la última consulta dental?	Problemas:	Progreso/Seguimiento/Próximos pasos, si es necesario:
Necesidades de salud mental/del comportamiento/justicia de menores	Diagnóstico/preocupación por el comportamiento: Proveedor: ¿Problemas y/o inquietudes?	¿Plan de tratamiento? ¿Medicamentos? ¿Plan de servicios?	Progreso/Seguimiento/Próximos pasos, si es necesario:
Social/Otro	Oportunidades para actividades apropiadas para la edad y/o el desarrollo, incluido el empleo: Recursos comunitarios:	Problemas/Necesidades:	Progreso/Seguimiento/Próximos pasos, si es necesario:
Relaciones familiares	Visitas y contacto con los padres (frecuencia, idoneidad): ¿Las visitas cumplen con la orden judicial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, explicar:	Visitas con hermanos (frecuencia, ubicación, etc.): Visitas con miembros de la familia extendida/parientes (frecuencia, ubicación, etc.):	Progreso/Seguimiento/Próximos pasos, si es necesario:

REVISIÓN DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

Participación de niños/jóvenes en la planificación de casos	Oportunidades proporcionadas:	Aportes de niños/jóvenes:	Progreso/Seguimiento/Próximos pasos, si es necesario:
Para jóvenes mayores de 12 años <input type="checkbox"/> N/C	<input type="checkbox"/> A los jóvenes se les proporcionó una copia de DSS-1516 "Comprender el régimen de acogida – Un manual para jóvenes". <input type="checkbox"/> El joven ha leído o se le ha leído el reconocimiento de los derechos del régimen de acogida en la página 9 del manual. <input type="checkbox"/> El joven ha firmado el reconocimiento de derechos del régimen de acogida y el expediente del caso incluye una copia firmada del acuse de recibo.		
Para jóvenes de 14 años o más <input type="checkbox"/> N/C	¿Los jóvenes reciben servicios del programa LINKS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar: Describa o adjunte el Plan de hogar transitorio (DSS-5096a) que incluye: <ul style="list-style-type: none"> La fecha estimada de alta de la atención fuera del hogar El plan de vivienda anticipado del joven después del alta ¿Qué medidas específicas se están tomando para ayudar a los jóvenes a prepararse para el alta, incluida la capacitación en habilidades para la vida, la experiencia laboral, un plan de ahorro, educación y capacitación laboral, atención médica y de salud mental, desarrollo de una red de apoyo personal? Adultos de apoyo que están trabajando con el joven a medida que se acerca al alta Verificaciones de crédito completadas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha: 		
	¿Se ha tenido en cuenta el Programa de asistencia de tutela Kinship (KinGAP) para el joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar:		

Otro:

¿Tiene el niño/joven alguna ascendencia nativa americana o extranjera? Sí No

En caso afirmativo, describa los intentos de la Agencia para notificar a la tribu/consulado si corresponde.

(c) Colocación de niños/jóvenes

Fecha de colocación actual:

Cantidad de colocaciones para este niño/joven:

Elemento	Sí/No	Explicación (si no, ¿por qué?)
Entorno menos restrictivo, más familiar que atiende a las necesidades individuales del niño/joven.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dentro de la comunidad de origen del niño/joven	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Dentro del antiguo distrito escolar del niño/joven	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
La colocación es con un pariente	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

REVISIÓN DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

Elemento	Sí/No	Explicación (si no, ¿por qué?)
Si la colocación es con un pariente, ¿se le ha dado información sobre cómo obtener una licencia como hogar de acogida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
La colocación es con hermanos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si no es así, ¿por qué no, y cuáles son los intentos que se realizan para colocarlo con los hermanos?

¿Es la ubicación actual apropiada para satisfacer las necesidades de este niño/joven? Sí No

Explique las respuestas negativas y especifique los intentos que se están haciendo para asegurar una colocación apropiada:

(d) Planes de permanencia concurrente del niño/joven

NOMBRE DEL NIÑO/JOVEN:

FECHA DE NACIMIENTO:

¿Cuál es el identificado? ¿Plan primario?	<input type="checkbox"/> Reunificación con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos progenitores <input type="checkbox"/> Tutor/custodio	Tutela con: Pariente <input type="checkbox"/> o cuidador aprobado por el tribunal <input type="checkbox"/> Custodia con: Pariente <input type="checkbox"/> o cuidador aprobado por el tribunal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Otro plan de vivienda permanente organizado <input type="checkbox"/> Restablecimiento de los derechos parentales
Con respecto al plan primario:	La fecha prevista de finalización del plan primario es: ¿Es el plan primario adecuado para este niño/joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar:	
¿Qué podría impedir el logro de este plan?	Identifique y explique cualquier barrera al plan primario.	
¿Cuál es el identificado? ¿Plan secundario?	<input type="checkbox"/> Reunificación con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos progenitores <input type="checkbox"/> Tutor/custodio	Tutela con: Pariente <input type="checkbox"/> o cuidador aprobado por el tribunal <input type="checkbox"/> Custodia con: Pariente <input type="checkbox"/> o cuidador aprobado por el tribunal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Otro plan de vivienda permanente organizado <input type="checkbox"/> Restablecimiento de los derechos parentales

REVISIÓN DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

Con respecto al plan secundario:	La fecha prevista de finalización del plan secundario es: ¿El plan secundario es adecuado para este niño/joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicar:
¿Qué podría impedir el logro de este plan?	Identifique y explique cualquier barrera al plan secundario.

(e) Permanencia estable: (N.C.G.S. 7B-907-(d)):

Este niño/joven ha estado bajo custodia de la agencia _____ días de los últimos 22 meses.

Si ha estado 12 meses o más, ¿se ha presentado el TPR? Sí No No corresponde porque el niño/joven ha estado bajo cuidado menos de 12 de los 22 meses anteriores.

Si no se ha presentado el TPR de un niño/joven que ha estado bajo custodia de la agencia 12 o más de los últimos 22 meses, indique por qué:

- El niño/joven está al cuidado de un pariente.
- La agencia ha documentado en el plan de casos razones convincentes para determinar que el TPR no es lo mejor para el niño/joven.
Fecha en que el tribunal ordenó que el TPR no es lo mejor para el niño/joven:
- La agencia no ha proporcionado al niño/joven los servicios considerados necesarios para un retorno seguro del niño/joven al hogar del niño/joven en caso de que el tribunal siga exigiendo que se hagan intentos razonables.

(f) Tribunal

¿Se han incorporado anteriormente las órdenes del tribunal relativas a los servicios para este niño/joven?
 Sí No

Si la respuesta es no, explicar:

Fecha de la próxima revisión judicial:

Recomendaciones con respecto a este niño/joven para la próxima audiencia en el tribunal:

Servicios:

Plan permanente primario:

Plan permanente secundario:

PROVEEDOR DE COLOCACIÓN:

REVISIÓN DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

III. Proveedor(es) de colocación (complete esta sección para cada proveedor de colocación. Haga copias adicionales si es necesario). Niños en esta colocación:

- (a) ¿Qué es lo que está yendo bien en esta colocación? ¿Cuáles son los puntos fuertes?
- (b) ¿Cuáles son las preocupaciones/necesidades, si las hay, con respecto a esta colocación?
- (c) ¿Cómo atiende el proveedor de colocación las necesidades del/de los niño(s)? Describa las acciones o actividades específicas del niño/joven (incluidas las actividades apropiadas para la edad o el desarrollo).
- (d) Describa los servicios proporcionados al proveedor de colocación destinados a asegurar que se atienden las necesidades de los niños. Esto debe incluir reuniones, referencias o apoyo proporcionado por la agencia del condado o una agencia privada de licencias.
- (e) Describa la capacitación proporcionada al proveedor de colocación para atender las necesidades específicas de los niños.
- ¿El proveedor de colocación ha recibido capacitación sobre atención orientada al trauma?
- Sí, ¿cuándo?
- No ¿Cuándo recibirán capacitación sobre atención orientada al trauma?
- (f) Describa los servicios de relevo u otros servicios proporcionados al proveedor de colocación para garantizar el cuidado personal.
- (g) Describa cómo el proveedor participa en la crianza compartida (si no corresponde, explique por qué).
- (h) Otro.
- (i) Seguimiento, Próximos pasos:

REVISIÓN DEL PLAN DE PERMANENCIA DE CAROLINA DEL NORTE

VI. 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 para 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 no sea conocida por la agencia de bienestar infantil 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			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
Padre			<input type="checkbox"/> CFT	
			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
Niño/joven			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> CFT	
Niño/joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
Niño/joven			<input type="checkbox"/> CFT	
			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
Niño/joven			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> CFT	
Niño/joven			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
Niño/joven			<input type="checkbox"/> CFT	
			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
Trabajador de la agencia			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> CFT	
Supervisor de la agencia			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
Tutor ad litem			<input type="checkbox"/> CFT	
			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
Proveedor de colocación			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> CFT	
Proveedor de colocación			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
Representante de la tribu			<input type="checkbox"/> CFT	
			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
Otro Relación/teléfono/ correo electrónico			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> CFT	
Otro Relación/teléfono/ correo electrónico			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí
			<input type="checkbox"/> FSA	<input type="checkbox"/> No
Otros invitados pero no pudieron asistir			<input type="checkbox"/> CFT	
			<input type="checkbox"/> PPR	<input type="checkbox"/> Sí