

**EN EL TRIBUNAL DEL CIRCUITO \_\_\_\_\_ CIRCUITO JUDICIAL  
 EN Y PARA EL CONDADO \_\_\_\_\_, FLORIDA  
 LEY DE FAMILIAS/ DIVISION JUVENIL**

EN EL INTERÉS DE:                      CASO NO.: \_\_\_\_\_

**NIÑO(S) MENOR(ES)**

**PLAN DE CASO PARA \_\_\_\_\_ (Meta Primaria)**

<b>Madre:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Guardián ad litem:</b> <input type="checkbox"/> _____ es asignado <input type="checkbox"/> fue descargado <input type="checkbox"/> necesita ser asignado
	<b>Administrador del Caso de Dependencia:</b>
	<b>Supervisor del Administrador de Caso:</b>
	<b>Otro:</b>

<b>Padre:</b>	<b>Dirección:</b>
<b>Padre de:</b>	
<b>Padre:</b>	<b>Dirección:</b>
<b>Padre de:</b>	

**AVISO A LOS PADRES:**

Este plan de caso fue celebrado por las partes/participantes antes mencionados para dar cumplimiento a las secciones 39.6011, 39.6012, 39.6013, 39.603, 39.621 y 39.701, Estatutos de la Florida, todas las otras secciones aplicables del capítulo 39, y de la Ley de Adopciones y Familias Seguras.

**UN PADRE PUEDE RECIBIR AYUDA DE CUALQUIER PERSONA, UN ABOGADO O CUALQUIER OTRA AGENCIA DE SERVICIOS SOCIALES EN LA PREPARACIÓN DEL PLAN DE CASO. USTED PUEDE SOLICITAR LA MEDIACIÓN DE LA CORTE PARA QUE LE AYUDE.**

**PADRES: USTEDES TIENEN EL DERECHO DE OBTENER SU PROPIO ABOGADO EN CUALQUIER ETAPA DE ESTOS PROCEDIMIENTOS DE DEPENDENCIA, INCLUYENDO LA AYUDA EN LA PREPARACIÓN DEL PLAN DE CASO. USTEDES TIENEN EL DERECHO DE SOLICITARLE AL TRIBUNAL QUE LE ASIGNEN UN ABOGADO SI USTEDES NO PUEDEN COSTEAR LA CONTRATACIÓN DE UN ABOGADO. ESTE DERECHO CONTINÚA EN CADA UNA DE LAS ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE DEPENDENCIA, AÚN SI USTEDES ANTERIORMENTE RENUNCIARON A ESTE DERECHO.**

**I. Motivo de la intervención del Departamento de Niños y Familias:**

1.
2.

**II. Meta(s) La meta del plan de caso es:**

Nombre del Participante	Meta Primaria	Meta Concurrente

**III. Fecha de Vencimiento del Cumplimiento General de la Meta: \_\_\_\_\_**

(Aunque la ley de la Florida permite planes de caso de hasta doce (12) meses, la sección 39.806, de los Estatutos de la Florida, permite la revocación de la patria potestad nueve (9) meses después de la fecha en la que el niño fue retirado del hogar o sea aceptada la fecha del plan de caso por parte del tribunal, cualquiera sea el plazo menor. El plan de caso debe ser limitado a un período tan corto como sea posible para poder lograr sus provisiones.)

**LA FALTA DE CUMPLIR SUSTANCIALMENTE CON EL PLAN DE CASO PUEDE RESULTAR EN LA REVOCACIÓN DE LA PATRIA POTESTAD ANTES DEL PERÍODO DE CUMPLIMIENTO PAUTADO EN EL PLAN DE CASO.**

**IV. Colocación:**

<b>▶#1</b>	<b>Niño 1:</b>
El niño está en colocación fuera del hogar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de colocación/arreglos de vivienda:	
Motivo(s) para continuar en esta colocación:	<input type="checkbox"/> Colocación es lo menos restringido, ambiente más tipo-familiar consistente con los mejores intereses y necesidades especiales del niño. <input type="checkbox"/> Colocación está en cercanía próxima al hogar del niño.
¿El niño está colocado con sus hermanos?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Colocación toma en consideración a cuál escuela asistía el niño antes de ser retirado?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cambio de escuela desde el retiro?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Colocación apoya la visita de los padres?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esfuerzos razonables para prevenir el retiro o re-unificar a la familia:	
¿Es el niño un residente legal de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si el niño no es un residente legal:	
¿Incluye el plan de permanencia quedarse en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se ha sometido una solicitud de ajuste de estatus o una solicitud de estado de permanencia especial de inmigrante juvenil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se llevará a cabo una solicitud de extensión de jurisdicción más allá de los 18 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es elegible el niño para ICWA (Ley del Bienestar del Niño Indígena)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió "sí", ¿se le ha enviado aviso a la tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si se ha enviado aviso, ¿está pendiente la investigación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>▶#2</b>	<b>Niño 2:</b>
El niño está en colocación fuera del hogar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de colocación/arreglos de vivienda:	
Motivo(s) para continuar en esta colocación:	<input type="checkbox"/> Colocación es lo menos restringido, ambiente más tipo-familiar consistente con los mejores intereses y necesidades especiales del niño. <input type="checkbox"/> Colocación está en cercanía próxima al hogar del

	niño.
¿El niño está colocado con sus hermanos?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Colocación toma en consideración a cuál escuela asistía el niño antes de ser retirado?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cambio de escuela desde el retiro?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Colocación apoya la visita de los padres?	<input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Esfuerzos razonables para prevenir el retiro o re-unificar a la familia:	
¿Es el niño un residente legal de los Estados Unidos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si el niño <b>no</b> es un residente legal:	
¿Incluye el plan de permanencia quedarse en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se ha sometido una solicitud de ajuste de estatus o una solicitud de estado de permanencia especial de inmigrante juvenil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se llevará a cabo una solicitud de extensión de jurisdicción más allá de los 18 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es elegible el niño para ICWA (Ley del Bienestar del Niño Indígena)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió "sí", ¿se le ha enviado aviso a la tribu? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si se ha enviado aviso, ¿está pendiente la investigación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**V. Identificación del papel/responsabilidad de cada parte/participante:**

**A. Barreras para el logro de las metas:** \_\_\_\_\_

**B. Tareas del Plan de Caso:**

Este Plan de Caso está basado en la Evaluación de Familia:  sí  no

**ID del Plan FSFN (Red de Familias Seguras de la Florida):** \_\_\_\_\_

**EL CUMPLIMIENTO SUSTANCIAL DE ESTE PLAN DE CASO SUCEDE CUANDO LAS CONDICIONES QUE CAUSARON LA CREACIÓN DE ESTE PLAN DE CASO HAN SIDO REMEDIADAS SIGNIFICATIVAMENTE AL PUNTO TAL QUE EL BIENESTAR Y SEGURIDAD DEL NIÑO(S) NO SE VERAN PUESTOS EN PELIGRO AL REGRESO DEL NIÑO(S), O CON LA PERMANENCIA DEL NIÑO(S), CON EL PADRE DEL NIÑO(S).**

**C. Madre:**

### Tareas requeridas de la Madre:

1. La Madre es responsable del sustento financiero del niño(s).
2. La Madre es responsable de mantener visitas regulares y frecuentes y/o comunicación con el niño(s) de manera suficiente que se establezcan o mantengan una relación sustancial y positiva con el niño(s).
3. La Madre es responsable de mantener un contacto cara a cara mensualmente con el administrador del caso de dependencia.
4. La Madre es responsable de proporcionarle al administrador del caso de dependencia la dirección y número de teléfono de contacto de la Madre al cabo de 3 días de cualquier cambio.
5. La Madre es responsable de mantener contacto con el abogado asignado a la Madre por el tribunal.
6. La Madre deberá cooperar con el Departamento/CBC (Cuidado Basado en la Comunidad) en la ejecución de todas las divulgaciones de información tanto de ella como del niño(s).
7. La Madre deberá notificar al Departamento/CBC (Cuidado Basado en la Comunidad) de cualquier cambio en la composición del hogar al cabo de las 48 horas de tal cambio.

### Tareas Principales de la Madre

<b>►#1</b>	<b>Nombre de la Madre:</b>	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
<b>►#2</b>	<b>Nombre de la Madre:</b>	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
<b>►#3</b>	<b>Nombre de la Madre:</b>	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:

Pasos para completar la tarea:	Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:	Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>	

**D. Padre(s)**

**Tareas requeridas del Padre(s):**

1. El Padre es responsable del sustento financiero del niño(s).
2. El Padre es responsable de mantener visitas regulares y frecuentes y/o comunicación con el niño(s) de manera suficiente que se establezcan o mantengan una relación sustancial y positiva con el niño(s).
3. El Padre es responsable de mantener un contacto cara a cara mensualmente con el administrador del caso de dependencia.
4. El Padre es responsable de proporcionarle al administrador del caso de dependencia la dirección y número de teléfono de contacto del Padre al cabo de 3 días de cualquier cambio.
5. El Padre es responsable de mantener contacto con el abogado asignado al Padre por el tribunal.
6. El Padre deberá cooperar con el Departamento/CBC (Cuidado Basado en la Comunidad) en la ejecución de todas las divulgaciones de información tanto de el como del niño(s).
7. El Padre deberá notificar al Departamento/CBC (Cuidado Basado en la Comunidad) de cualquier cambio en la composición del hogar al cabo de las 48 horas de tal cambio.

**Tareas Principales del Padre**

▶#1	_____, Padre de ____; ____	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
▶#2	_____, Padre de ____; ____	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:

<b>NOTAS:</b>		
▶ #3	_____, Padre de ____; ____	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
▶ #4	_____, Padre de ____; ____	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		

## E. Tareas Concurrentes

### Tareas Concurrentes de la Madre

▶ #1	Nombre de la Madre:	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
▶ #2	Nombre de la Madre:	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:

<b>NOTAS:</b>		
▶ #3	<b>Nombre de la Madre:</b>	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		

### Tareas Concurrentes del Padre

▶ #1	_____, Padre de ____; ____	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
▶ #2	_____, Padre de ____; ____	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
▶ #3	_____, Padre de ____; ____	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		

## F. Información de Visitas

### Visitas con la Madre:

▶ Madre:	Frecuencia:
<input type="checkbox"/> Supervisada:	<input type="checkbox"/> No Supervisada:
La visita de la Madre será como ya ha sido ordenada por el tribunal y modificada por órdenes futuras del tribunal.	

### Visitas con el Padre:

▶ #1	Padre: _____, Padre de	Frecuencia:
<input type="checkbox"/> Supervisada:	<input type="checkbox"/> No Supervisada:	
La visita del Padre será como ya ha sido ordenada por el tribunal y modificada por órdenes futuras del tribunal.		

▶ #2	Padre: _____, Padre de	Frecuencia:
<input type="checkbox"/> Supervisada:	<input type="checkbox"/> No Supervisada:	
La visita del Padre será como ya ha sido ordenada por el tribunal y modificada por órdenes futuras del tribunal.		

▶ #3	Padre: _____, Padre de	Frecuencia:
<input type="checkbox"/> Supervisada:	<input type="checkbox"/> No Supervisada:	
La visita del Padre será como ya ha sido ordenada por el tribunal y modificada por órdenes futuras del tribunal.		

▶ #4	Padre: _____, Padre de	Frecuencia:
<input type="checkbox"/> Supervisada:	<input type="checkbox"/> No Supervisada:	
La visita del Padre será como ya ha sido ordenada por el tribunal y modificada por órdenes futuras del tribunal.		

▶ #5	Padre: _____, Padre de	Frecuencia:
<input type="checkbox"/> Supervisada:	<input type="checkbox"/> No Supervisada:	
La visita del Padre será como ya ha sido ordenada por el tribunal y modificada por órdenes futuras del tribunal.		

\*Información Adicional de la Visita para el Padre(s):

**Visita con los Hermanos:**

Frecuencia:	<input type="checkbox"/> Supervisada:	<input type="checkbox"/> No Supervisada:
La visita de los hermanos será como ya ha sido ordenada por el tribunal y modificada por órdenes futuras del tribunal.		
Quién se encarga de que suceda y lo que tienen que hacer:		
<input type="checkbox"/> La visita con los hermanos no debe suceder porque:		

**G. Tareas de Cuidados Basados en la Comunidad:**

<b>Tarea:</b> Mantener contacto con la madre	<b>Frecuencia:</b> <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trabajador de fuera del condado <input type="checkbox"/> N/A
<b>Narrativa:</b> El Departamento/CBC (Cuidados Basados en la Comunidad) hará	
<b>Tarea:</b> Mantener contacto con el padre	<b>Frecuencia:</b> <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trabajador de fuera del condado <input type="checkbox"/> N/A
<b>Narrativa:</b> El Departamento/CBC (Cuidados Basados en la Comunidad) hará	
<b>Tarea:</b> <input type="checkbox"/> Tener contacto cara a cara con los niños <input type="checkbox"/> Contacto telefónico y otro contacto con el trabajador de fuera del condado	<b>Frecuencia:</b> <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trabajador de fuera del condado
<b>Narrativa:</b> El Departamento/CBC (Cuidados Basados en la Comunidad) hará	

<p><b>Tarea:</b> El Administrador del Caso le notificará al Abogado CLS (Servicios Legales Infantiles) si el pariente o proveedor de cuidado ha solicitado un aviso de audiencia.</p>
<p><b>Tarea: Otra</b></p>
<p><b>Tarea: Obtener expedientes y descargos de</b> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro:</p> <p><input type="checkbox"/> Descargo necesitado para</p> <p><input type="checkbox"/> Descargo necesitado para</p> <p><input type="checkbox"/> Descargo necesitado para</p>
<p><b>Tarea:</b> Proporcionar remisiones para</p> <p><input type="checkbox"/> No se ha hecho aún - fecha fijada para realizar la remisión</p> <p><input type="checkbox"/> Ya se ha hecho en (fecha)</p>
<p><b>Tarea:</b> Proporcionar remisiones para (Familia de Acogida/Custodio Legal)</p> <p><input type="checkbox"/> No se ha hecho aún - fecha fijada para realizar la remisión</p> <p><input type="checkbox"/> Ya se ha hecho en (fecha)</p>

**Si la adopción es la meta del plan de caso con una colocación identificada, entonces el proveedor de cuidado basado en la comunidad deberá tener las siguientes tareas antes de otorgar la petición de la revocación de la patria potestad:**

**Tarea:** El consejero proporcionará a los padres el formulario de Historial Familiar, Social y Médico que ha de ser completado antes de la Revocación de la Patria Potestad.

**Frecuencia:** Según sea necesario

**Lugar:** A Ser Avisado

**Costo:** Ninguno

**Fecha a finalizar:** Antes de la Revocación de la Patria Potestad.

**Tarea:** El consejero notificará a los padres por escrito del Registro de Reunión de Adopción antes de la Revocación de la Patria Potestad.

**Frecuencia:** Una vez por escrito.

**Lugar:** Adjunto a este Plan de Caso para Adopción

**Costo:** Ninguno

**Fecha a finalizar:** Antes de la Revocación de la Patria Potestad.

**Tarea:** El consejero asistirá a todas las audiencias programadas por el tribunal y reportará el progreso al tribunal.

**Frecuencia:** Según sea necesario

**Lugar:** Tribunal

**Costo:** Ninguno

**Fecha a finalizar:** Continuo a lo largo del caso.

**Tarea:** El consejero deberá notificar al Programa de Guardián ad Litem, de ser nombrado, al cabo de 48 horas de cualquier cambio en la colocación del niño y de cualquier reunión/dotación de personal llevados a cabo concernientes al niño para que el voluntario pueda proporcionar aportes/participación.

**Frecuencia:** Según sea necesario

**Lugar:** Ninguno

**Costo:** Ninguno

**Fecha a finalizar:** Continuo a lo largo del caso.

**Tarea:** El consejero trabajará con los Servicios Legales Infantiles para los Servicios del Departamento de Niños y Familias para asegurar que todos los papeles necesarios sean presentados en cumplimiento con las Pautas Estatales y Federales.

**Frecuencia:** según sea necesario

**Lugar:** Ninguno

**Costo:** Ninguno

**Fecha a finalizar:** Continuo a lo largo del caso.

**Seguido al ingreso de la sentencia de revocación de la patria potestad mediante una colocación de adopción identificada, el administrador de caso tendrá las tareas adicionales siguientes:**

**Tarea:** El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar llevará a cabo una visita domiciliaria inicial con el niño y los proveedores de cuidado dentro de los 30 días de la asignación del caso y continuará un mínimo de visitas trimestrales con el niño una vez nombrado como trabajador secundario.

**Proveedor:** Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar.

**Frecuencia:** Trimestral

**Lugar:** Residencia del niño y los proveedores de cuidado

**Costo:** Sin costo para la Familia

**Fecha a finalizar:** Hasta que el caso del niño haya sido dotado de personal sirviendo el Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar como primario.

**Tarea:** El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar dará inicio a un estudio de domicilio adoptivo de los posibles padres adoptivos y les proporcionará con el paquete de adopción requerido dentro de los 60 días de ser asignado el caso.

**Proveedor:** Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar.

**Frecuencia:** Continuo a lo largo del caso.

**Lugar:** Residencia del niño y los proveedores de cuidado

**Costo:** Sin costo para la Familia

**Fecha a Finalizar:** Hasta que se haya completado y aprobado el estudio del domicilio adoptivo.

**Tarea:** El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar completará un Estudio del Niño al cabo de 90 días de ser asignado al caso como secundario.

**Proveedor:** Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar

**Frecuencia:** Varía

**Lugar:** Varía

**Costo:** Sin costo para la Familia

**Fecha a Finalizar:** Al cabo de 90 días de ser asignado al caso como secundario.

**Tarea:** El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar referirá al niño para una Evaluación Psicológica Pre-Adopción al cabo de 90 días de ser asignado como secundario y asegurar que el niño asista a la cita programada si el proveedor de cuidado no puede hacerlo. Se registrará una copia de la Evaluación Psicológica Pre-Adopción ante el tribunal al ser recibida por el Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar.

**Proveedor:** Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar

**Frecuencia:** Una vez al año hasta la Conclusión de Adopción

**Lugar:** Varía

**Costo:** Sin costo para la Familia

**Fecha a Finalizar:** Al cabo de 90 días de ser asignado al caso como secundario.

**Si la adopción es la meta del plan de caso sin una colocación identificada, entonces la agencia de cuidado basada en la comunidad deberá tener las siguientes tareas adicionales a continuación de haber sido otorgada la revocación de la patria potestad:**

**Tarea:** El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar inscribirá al niño en el Sistema de Intercambio de Adopciones (AES) al cabo de 30 días de la fecha de la Revocación de la Patria Potestad. Se registrará una copia de la inscripción ante el tribunal al completarla el Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar.

**Proveedor:** Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar

**Frecuencia:** Una vez.

**Lugar:** Sistema de Intercambio de Adopciones

**Costo:** Sin costo para la Familia

**Fecha a Finalizar:** Al cabo de 30 días del TPR (Revocación de la Patria Potestad).

**Tarea:** El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar asistirá a todas las audiencias del tribunal y completará el Reporte de Reclutamiento de Adopción para Revisión Judicial. El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar le proporcionará el Reporte de Reclutamiento de Adopción para Revisión Judicial al Consejero Primario de Cuidado Familiar para ser anexado al Reporte de Revisión Judicial en un plazo mínimo de 21 días antes de la Audiencia de Revisión Judicial programada.

**Proveedor:** Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar

**Frecuencia:** Varía

**Lugar:** Varía

**Costo:** Sin costo para la Familia

**Fecha a Finalizar:** Hasta que el caso del niño haya sido dotado de personal sirviendo el Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar como primario.

**Tarea:** El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar dará inicio al Libro de Vida del niño al cabo de 30 días de ser asignado como trabajador secundario y lo proporcionará a la familia adoptiva cuando se complete la adopción.

**Proveedor:** Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar

**Frecuencia:** Varía

**Lugar:** Varía

**Costo:** Sin costo para la Familia

**Fecha a Finalizar:** Continuo a lo largo del caso.

**Tarea:** El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar desarrollará un Plan de Reclutamiento Específico al Niño para el niño que incluya, pero no limitándose a los sitios de adopción de la red adicionales y las Fotos de la Galería del Corazón (Heart Gallery Photos).

**Proveedor:** Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar

**Frecuencia:** Según sea necesario

**Lugar:** Varía

**Costo:** Sin costo para la Familia

**Fecha a Finalizar:** Al cabo de 30 días del TPR (Revocación de la Patria Potestad)

**Tarea:** El Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar responderá a todas indagatorias concernientes a los posibles solicitantes adoptivos de manera oportuna y programará las Dotaciones de Personal del Emparejamiento de Adopciones que conciernan al niño tan frecuentemente como sea posible.

**Proveedor:** Consejero de Adopciones de Cuidado Familiar

**Frecuencia:** Según sea necesario

**Lugar:** Por vía telefónica o por escrito

**Costo:** Sin costo

**Fecha a Finalizar:** Hasta que el niño sea emparejado con una familia adoptiva.

**Para cualquier plan de caso con una meta de APPLA (Otro Arreglo Planificado de Vivienda Permanente) o en el cual el niño tiene 17 años de edad, el proveedor de cuidado basado en la comunidad deberá llevar a cabo la siguiente tarea:**

**Proporcionarle al niño los siguientes documentos:**

1. Una tarjeta del Medicaid vigente
2. Una copia certificada de su certificación de nacimiento
3. Una licencia de conducir válida o una tarjeta de identificación de la Florida
4. Información relacionada a los beneficios de seguro de la Seguridad Social, de ser elegible el niño para tales beneficios
5. Una relación completa de los beneficios de la Seguridad Social e información acerca de cómo acceder a esos fondos si el niño ha recibido esos beneficios y están siendo consignados en un fideicomiso
6. Información y entrenamiento relacionados con habilidades para presupuesto, habilidades para entrevistar, y habilidades de crianza
7. Toda la información pertinente relacionada con el Programa de Camino-a-la-Independencia, incluyendo, pero no limitándose a, los requisitos para ser elegible, los formularios necesarios para la solicitud, una ayuda para completar los formularios.

**Complete lo siguiente:**

1. Si el niño es elegible para el Programa de Camino-a-la-Independencia, informado de que él o ella puede residir con la familia de acogida licenciada o el proveedor de cuidado en grupo con quien el niño esté residiendo al momento de alcanzar su 18vo cumpleaños o puede residir en otro hogar de acogida licenciado o con un proveedor de cuidado en grupo que determine el Departamento

2. Tiene una cuenta de banco abierta, o tiene la identificación necesaria para abrir una cuenta, y se le han proporcionado habilidades bancarias esenciales
3. Se le ha proporcionado una idea clara de dónde vivirá él o ella en su 18vo cumpleaños, cómo se pagarán sus gastos de vivienda, y en cuál escuela o programa de educación él o ella se verá inscrito
4. Se le ha proporcionado aviso del derecho del joven para solicitar la continua jurisdicción del tribunal por 1 año después del 18vo cumpleaños del joven como especifica s.39.013(2) y con información sobre cómo conseguir acceso al tribunal
5. Se le ha alentado a que asista a todas las audiencias judiciales de revisión que ocurran después de su 17mo cumpleaños

#### H. Tareas de los Niños:

##### Tareas Primarias:

▶#1	Niño 1	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
▶#2	Niño 2	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		

##### Tareas Concurrentes:

▶#1	Niño 1	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):

Costo Estimado:	Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>	
▶#2   Niño 2	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:	Quién paga:
Cómo empezar:	Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:	Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:	Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:	Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>	

**I. Padre(s) de acogida/ tutor legal/ otro:**

**Responsabilidades y Tareas Adicionales de los Proveedores de Cuidado**

Su papel es proveer la seguridad, bienestar y protección de cualquier niño que le sea confiado a Usted. Un proveedor de cuidado debe ser capaz de proporcionar un ambiente físicamente seguro y un hogar estable y que brinde apoyo a cada niño que esté bajo supervisión. Usted no debe entregarle el niño a nadie sin la aprobación del consejero o del Tribunal. Estas son las tareas y responsabilidades adicionales que Usted tiene como proveedor de cuidado bajo este plan:

1. Es la responsabilidad del proveedor de cuidado asegurarse de que el bienestar de cada niño se logre, incluyendo, pero sin limitarse a:
  - a. Nutrición apropiada
  - b. Vivienda y vestimenta apropiadas
  - c. Necesidades educacionales
  - d. Proporcionar las vacunaciones rutinarias
  - e. Proporcionar los cuidados médicos de rutina y de emergencia. Esto no incluye cirugías, anestesia general, medicamentos psicotrópicos o procedimientos extraordinarios. (Usted deberá notificar al consejero de cualquier cuidado o tratamiento médico que se le proporcione a un niño que sea entregado a su cuidado.)
  - f. Proporcionar cuidados especializados para las necesidades especiales de los niños que incluyan servicios de salud mental.
  - g. Proporcionar educación, incluyendo servicios de cuidado infantil diurno y preescolar, como sea elegible
2. Es la responsabilidad del proveedor de cuidado acatar todas las órdenes del tribunal.

3. Es la responsabilidad del proveedor de cuidado estar involucrado activamente con el consejero como miembro del equipo en alcanzar el objetivo de permanencia aprobado por el tribunal para cada niño. Usted nunca deberá pronunciar declaraciones negativas sobre la familia del niño al niño o ante la presencia del niño.
4. Es la responsabilidad del proveedor de cuidado ayudar con las visitas supervisadas ordenadas por el tribunal o las visitas no supervisadas ordenadas por el tribunal y en la comunicación entre un padre y un hijo. Si el Tribunal no ordena visitas o coloca límites al contacto con un niño, Usted debe obedecer la orden del tribunal sin importar si Usted está de acuerdo con la orden. (Usted no debe permitir visitas cuando un niño sea colocado en su vehículo por alguien distinto al consejero o el Guardián ad Litem, sin la autoridad específica del Tribunal o del consejero.
5. Es la responsabilidad del proveedor de cuidado ayudar con las visitas y la comunicación entre el niño y los hermanos del niño, si están separados a menos de que el Tribunal indique lo contrario.
6. Es la responsabilidad del proveedor de cuidado mantener la elegibilidad del niño para ayuda del Estado, incluyendo, pero sin limitarse a: ACCESS (Conexión Automatizada de la Comunidad para la Auto-Suficiencia Económica), Departamento de Cumplimiento de Sustento para Niños [Department of Child Support Enforcement], Departamento de la Administración de la Seguridad Social, Departamento de Educación, y el Departamento de Salud.
7. Es la responsabilidad del proveedor de cuidado asegurar que cada niño asista a la escuela o centro de cuidado infantil diurno, si la ley le requiere (el Decreto Rilya Wilson) o si se requiere su asistencia como parte del plan para asegurar la seguridad del niño.
8. Es la responsabilidad del proveedor de cuidado informarle al Tribunal y al consejero si personas se mudan dentro y fuera de su hogar, o si hay algún cambio en su residencia o estado civil.
9. Es la responsabilidad del proveedor de cuidado contactar al consejero en relación a cualquier plan de viaje fuera-del-estado mientras el caso esté bajo la supervisión del tribunal.

### Responsabilidades Adicionales del Proveedor de Cuidado:

#### Tareas Primarias:

► #1	Participante 1	Problema Identificado:
Tarea – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		

<b>▶#2</b>	<b>Participante 1</b>	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
<b>▶#3</b>	<b>Participante 2</b>	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
<b>▶#4</b>	<b>Participante 3</b>	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		

**Tareas Concurrentes:**

<b>▶#1</b>	<b>Participante 1</b>	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:
Cómo empezar:		Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:		Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:		Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:		Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>		
<b>▶#2</b>	<b>Participante 1</b>	Problema Identificado:
<b>Tarea</b> – lo que debe hacerse:		Quién paga:

Cómo empezar:	Iniciar sus tareas al (fecha):
Cuándo Usted debería haber terminado:	Persona responsable de realizar la tarea:
Pasos para completar la tarea:	Proveedor (Nombre y Dirección):
Costo Estimado:	Frecuencia:
<b>NOTAS:</b>	

## VI. Información del Fideicomiso Maestro:

<b>▶ #1</b>	<b>Niño 1</b>
1) ¿Tiene establecida el niño una cuenta de fideicomiso maestro ya?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2) Si es sí, ¿se ha sometido el estado de cuenta ante el tribunal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3) Si es no, ¿necesita el niño que se establezca una cuenta de fideicomiso maestro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4) Si es sí, entonces el trabajador del caso establecerá la cuenta a la siguiente fecha:	
<b>▶ #2</b>	<b>Niño 2</b>
1) ¿Tiene establecida el niño una cuenta de fideicomiso maestro ya?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2) Si es sí, ¿se ha sometido el estado de cuenta ante la corte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3) Si es no, ¿necesita el niño que se establezca una cuenta de fideicomiso maestro?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4) Si es sí, entonces el trabajador del caso establecerá la cuenta a la siguiente fecha:	

## VII. Información de Salud:

<b>▶ #1</b>	<b>Niño 1</b>
Nombre del Médico Primario:	
Dirección del Médico Primario:	
Otro Proveedor de Salud:	
Dirección del Otro Proveedor de Salud:	
Nombre del Proveedor Dental:	
Dirección del Proveedor Dental:	

Nombre del Profesional de Salud Mental:		
Nombre del Psiquiatra:		
Fecha de la última Evaluación Integral de Salud Conductual:		
<input type="checkbox"/> Registro de vacunación disponible		
<b>▶ #2</b>	<b>Niño 2</b>	
Nombre del Médico Primario:		
Dirección del Médico Primario:		
Otro Proveedor de Salud:		
Dirección del Otro Proveedor de Salud:		
Nombre del Proveedor Dental:		
Dirección del Proveedor Dental:		
Nombre del Profesional de Salud Mental:		
Nombre del Psiquiatra:		
Fecha de la última Evaluación Integral de Salud Conductual:		
<input type="checkbox"/> Registro de vacunación disponible		

**Medicamentos:**

<b>▶ #1</b>	<b>Niño 1</b>	
Médico/Profesional Médico:	Fecha de nacimiento del niño:	
Medicamento Recetado:	¿Es un Medicamento Psicotrópico? Y/N	
Fecha Recetada:	Fecha Detenida:	
<input type="checkbox"/> Consentimiento de Padre/Tutor	Fecha en que se Obtiene Consentimiento:	
<input type="checkbox"/> Se requiere Orden Judicial	Fecha en que se Obtiene Orden Judicial:	
<b>▶ #2</b>	<b>Niño 1</b>	
Médico/Profesional Médico:	Fecha de nacimiento del niño:	
Medicamento Recetado:	¿Es un Medicamento Psicotrópico? Y/N	
Fecha Recetada:	Fecha Detenida:	
<input type="checkbox"/> Consentimiento de Padre/Tutor	Fecha en que se Obtiene	

		Consentimiento:
<input type="checkbox"/> Se requiere Orden Judicial		Fecha en que se Obtiene Orden Judicial:
<b>▶#3</b>	<b>Niño 2</b>	
Médico/Profesional Médico:	Fecha de nacimiento del niño:	
Medicamento Recetado:	¿Es un Medicamento Psicotrópico? Y/N	
Fecha Recetada:	Fecha Detenida:	
<input type="checkbox"/> Consentimiento de Padre/Tutor		Fecha en que se Obtiene Consentimiento:
<input type="checkbox"/> Se requiere Orden Judicial		Fecha en que se Obtiene Orden Judicial:

**Diagnósticos, evaluaciones y/o tratamientos para el niño:**

<b>▶#1</b>	<b>Niño 1</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Primera Fecha de Servicio:	Ultima Fecha de Servicio:	
Proveedor:	Tipo de Condición:	
Tipo de Proveedor:	Tipo de Servicio:	
Procedimiento:		
Diagnóstico:		
Descripción del diagnóstico, evaluación y/o tratamiento para el niño:		
<b>▶#2</b>	<b>Niño 2</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Primera Fecha de Servicio:	Ultima Fecha de Servicio:	
Proveedor:	Tipo de Condición:	
Tipo de Proveedor:	Tipo de Servicio:	
Procedimiento:		
Diagnóstico:		
Descripción del diagnóstico, evaluación y/o tratamiento para el niño:		
<b>▶#3</b>	<b>Niño 2</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Primera Fecha de Servicio:	Ultima Fecha de Servicio:	
Proveedor:	Tipo de Condición:	
Tipo de Proveedor:	Tipo de Servicio:	
Procedimiento:		
Diagnóstico:		

Descripción del diagnóstico, evaluación y/o tratamiento para el niño:
---

**VIII. Información Actual de Educación:**

<b>► Niño 1</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Nombre de la Escuela Actual:	Nivel de Grado Actual:
Fecha del Plan de Educación Individualizado actual del niño (si aplica):	Tipo de Programa Actual:
Dirección de la Escuela Actual:	
<input type="checkbox"/> Educación Especial:	Nivel de Educación Especial:
<b>► Niño 2</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Nombre de la Escuela Actual:	Nivel de Grado Actual:
Fecha del Plan de Educación Individualizado actual del niño (si aplica):	Tipo de Programa Actual:
Dirección de la Escuela Actual:	
<input type="checkbox"/> Educación Especial:	Nivel de Educación Especial:

**Cronología de las Colocaciones Escolares:**

<b>► #1</b>	<b>Niño 1</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Fecha de Inicio:		Distrito Escolar:
Nombre de la Escuela:		Motivo del Cambio:
Tipo de Programa:		Dirección de la Escuela:
<b>► #2</b>	<b>Niño 1</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Fecha de Inicio:		Distrito Escolar:
Nombre de la Escuela:		Motivo del Cambio:
Tipo de Programa:		Dirección de la Escuela:
<b>► #3</b>	<b>Niño 2</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Fecha de Inicio:		Distrito Escolar:
Nombre de la Escuela:		Motivo del Cambio:
Tipo de Programa:		Dirección de la Escuela:
<b>► #4</b>	<b>Niño 3</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Fecha de Inicio:		Distrito Escolar:

Nombre de la Escuela:	Motivo del Cambio:
Tipo de Programa:	Dirección de la Escuela:

**IX. Otra información:**

<b>▶#1</b>	<b>Niño 1</b>
¿Reúne este niño los requisitos para el Decreto Rilya Wilson? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si el niño tiene 3 años de edad, hasta la edad del ingreso escolar, ¿está el niño en un centro de cuidado infantil diurno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es sí, ¿está asistiendo el niño cinco días a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es no, ¿hay una orden judicial que lo exima de la asistencia diaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>▶#2</b>	<b>Niño 2</b>
¿Reúne este niño los requisitos para el Decreto Rilya Wilson? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si el niño tiene 3 años de edad, hasta la edad del ingreso escolar, ¿está el niño en un centro de cuidado infantil diurno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es sí, ¿está asistiendo el niño cinco días a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es no, ¿hay una orden judicial que lo exima de la asistencia diaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>▶#3</b>	<b>Niño 3</b>
¿Reúne este niño los requisitos para el Decreto Rilya Wilson? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si el niño tiene 3 años de edad, hasta la edad del ingreso escolar, ¿está el niño en un centro de cuidado infantil diurno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es sí, ¿está asistiendo el niño cinco días a la semana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si es no, ¿hay una orden judicial que lo exima de la asistencia diaria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**X. Servicios de Vida Independiente:**

<b>▶#1</b>	<b>Niño 1</b>
<input type="checkbox"/> El niño no tiene aún 13 años de edad o el niño no se encuentra bajo un cuidado de acogida licenciado.	
<input type="checkbox"/> El niño tiene 13+ años de edad y ha sido remitido para Vida Independiente.	Remitido en Fecha:
<input type="checkbox"/> Completado la Evaluación de Habilidades de IL (Vida Independiente).	Fecha Completada:

El niño tiene 13+ años de edad y está actualmente recibiendo Servicios/Entrenamiento de Vida Independiente.

**Educación y Orientación Profesional:**

Asistiendo a una escuela de estudios superiores de 4 años, o universidad o escuela de estudios superiores comunitaria más universidad o una academia militar.

Recibiendo un grado post-secundario de dos años.

Obteniendo una carrera post-secundaria o un certificado técnico.

Iniciando empleo inmediato, incluyendo aprendizaje de un oficio después de haber completado un diploma de escuela secundaria o su equivalente o alistarse en el ejército.

Requisitos para alcanzar la meta:

Barreras para alcanzar la meta y plan específico para enfrentar barreras:

**► #2 Niño 2**

El niño no tiene aún 13 años de edad o el niño no se encuentra bajo un cuidado de acogida licenciado.

<input type="checkbox"/> El niño tiene 13+ años de edad y ha sido remitido para Vida Independiente.	Remitido en Fecha:
---	--------------------

<input type="checkbox"/> Completado la Evaluación de Habilidades de IL (Vida Independiente).	Fecha Completada:
--	-------------------

El niño tiene 13+ años de edad y está actualmente recibiendo Servicios/Entrenamiento de Vida Independiente.

**Educación y Orientación Profesional:**

Asistiendo a una escuela de estudios superiores de 4 años, o universidad o escuela de estudios superiores comunitaria más universidad o una academia militar.

Recibiendo un grado post-secundario de dos años.

Obteniendo una carrera post-secundaria o un certificado técnico.

Iniciando empleo inmediato, incluyendo aprendizaje de un oficio después de haber completado un diploma de escuela secundaria o su equivalente o alistarse en el ejército.

Requisitos para alcanzar el objetivo:

Barreras para alcanzar el objetivo y plan específico para enfrentar barreras:

**► #3 Niño 3**

El niño no tiene aún 13 años de edad o el niño no se encuentra bajo un cuidado de acogida licenciado.

<input type="checkbox"/> El niño tiene 13+ años de edad y ha sido remitido para Vida Independiente.	Remitido en Fecha:
---	--------------------

<input type="checkbox"/> Completado la Evaluación de Habilidades de IL (Vida Independiente).	Fecha Completada:
<input type="checkbox"/> El niño tiene 13+ años de edad y está actualmente recibiendo Servicios/Entrenamiento de Vida Independiente.	
<b>Educación y Orientación Profesional:</b>	
<input type="checkbox"/> Asistiendo a una escuela de estudios superiores de 4 años, o universidad o escuela de estudios superiores comunitaria más universidad o una academia militar.	
<input type="checkbox"/> Recibiendo un grado post-secundario de dos años.	
<input type="checkbox"/> Obteniendo una carrera post-secundaria o un certificado técnico.	
<input type="checkbox"/> Iniciando empleo inmediato, incluyendo aprendizaje de un oficio después de haber completado un diploma de escuela secundaria o su equivalente o alistarse en el ejército.	
Requisitos para alcanzar el objetivo:	
Barreras para alcanzar el objetivo y plan específico para enfrentar barreras:	

#### XI. Documentos Adjuntos al Plan de Caso:

<b>Salud Médica/Mental</b>		
Expedientes médicos	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
Expedientes de Salud Mental	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
Registros de vacunación	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
Expedientes Dentales	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
<b>Educación</b>		
Reportes de calificaciones	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
Plan de Educación Individual	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
Otros expedientes escolares	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
<b>Plan(es) de Visita</b>		
<input type="checkbox"/> Incluye padres, hermanos y abuelos (si aplica)	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
<b>Fideicomiso Maestro (si aplica)</b>		
Aviso de Imposición de Honorarios y Derechos del Niño de Acogida Concerniente a los Beneficios Gubernamentales	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
Estado de Cuenta Trimestral de Contabilidad	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:

<b>Otros</b>		
Plan Fuera del Hogar (si aplica)	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
Derechos y Deberes	<input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No Adjunto	Motivo de ausencia:
<b>Documentos Adjuntos Opcionales (seleccione y adjunte al Plan de Caso):</b>		
Plan de Seguridad	<input type="checkbox"/> Adjunto	
Responsabilidades del Departamento y de los Proveedores de Contrato	<input type="checkbox"/> Adjunto	
Otros:	<input type="checkbox"/> Adjunto	

**Firmas:**

**AL FIRMAR ESTE PLAN DE CASO, USTED ACCEDE A LLEVAR A CABO TODAS LAS COSAS ENUMERADAS EN ESTE PLAN DE CASO PARA HACER QUE SU HOGAR SEA SEGURO PARA SU NIÑO O NIÑOS. USTED PODRÁ EMPEZAR A TRABAJAR EN ESTAS TAREAS AÚN CUANDO USTED NO FIRME ESTE PLAN DE CASO.**

**FIRMAR ESTE PLAN DE CASO NO CONSTITUYE UNA ADMISIÓN DE CUALQUIER ALEGATO DE ABUSO, ABANDONO O NEGLIGENCIA Y NO CONSTITUYE CONSENTIMIENTO A UN FALLO DE DEPENDENCIA O REVOCACIÓN DE LA PATRIA POTESTAD.**

**ESTE PLAN DE CASO SERÁ SOMETIDO ANTE EL TRIBUNAL. EL TRIBUNAL PUEDE ACEPTAR ESTE PLAN DE CASO, MODIFICAR EL PLAN DE CASO, O NO ACEPTAR EL PLAN DE CASO. DESPUÉS DE ACEPTARLO, NO SE LE REALIZARAN CAMBIOS SIN LA APROBACIÓN DEL TRIBUNAL. EL TRIBUNAL VERIFICARÁ EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE CASO AL MENOS CADA SEIS MESES.**

---

**Administrador del caso de dependencia** **Fecha:**

---

**Supervisor del caso de dependencia** **Fecha:**

---

**Abogado CLS (Servicios Legales Infantiles)** **Fecha:**

---

**Padre:** **Fecha:**

---

**Abogado del Padre:** **Fecha:**

---

**Padre:** **Fecha:**

---

---

**Abogado del Padre:**

**Fecha:**

---

**Guardián ad litem :**

**Fecha:**

---

**Otro:**

**Fecha:**

---

**Niño:**

**Fecha:**

**Certificado de Notificación:**

POR ESTE MEDIO CERTIFICO que una copia de lo anterior ha sido proporcionada por correo de los EE.UU./ entregada a mano/  
entregada por vía electrónica/ entregada por facsímil a:      **este \_\_\_\_\_ día de**      2009.

---

**Abogado CLS (Servicios Legales Infantiles)**

**Fecha:**