

State of Illinois  
Departamento de Servicios para Niños y Familias

**Acuerdo de Culminación del Plan de Seguridad**

Fecha: \_\_\_\_\_

SCR#: \_\_\_\_\_

CYCIS#: \_\_\_\_\_

Estimado: \_\_\_\_\_:  
(pariente(s) / cuidador(es))

El día \_\_\_\_\_, usted aceptó con el Departamento de Servicios Para Niños y Familias de Illinois a participar en un plan de seguridad para su(s) niño(s):

_____	_____
(Nombre)	(Fecha de Nacimiento)
_____	_____
(Nombre)	(Fecha de Nacimiento)
_____	_____
(Nombre)	(Fecha de Nacimiento)
_____	_____
(Nombre)	(Fecha de Nacimiento)
_____	_____
(Nombre)	(Fecha de Nacimiento)

A partir de la fecha de esta notificación, el Departamento de Servicios Para Niños y Familias de Illinois y

\_\_\_\_\_ acuerdan a dar fin a este plan de seguridad.  
(pariente(s) / cuidador(es))

\_\_\_\_\_  
Firma(s) del (los) Pariente(s) / Cuidador(es)

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) Supervisor(a) DCFS / POS