

PLAN DE SUPERVISIÓN PARA NIÑO DE CRIANZA

Instrucciones de presentación: Una vez completado, el Plan de Supervisión para niño de crianza CFS 685 debe archivarse en la Sección VI, Sección Específica del Menor, del expediente del caso.

Fecha del plan: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO DE CRIANZA

Nombre del niño de crianza _____ Fecha de nacimiento _____

Masculino Femenino N° de identificación del niño de crianza _____ R/S/F _____

Lengua materna del niño de crianza _____

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR DEL CASO

Nombre _____ Agencia _____

Teléfono _____ FAX _____

Nombre del supervisor _____ R/S/F _____

Por favor marque la conducta o patología que pueda crear una situación de riesgo para este niño de crianza o para terceros:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agresión física | <input type="checkbox"/> Conducta delictiva | <input type="checkbox"/> Fuga |
| <input type="checkbox"/> Riesgo de herirse a si mismo | <input type="checkbox"/> Ideas suicidas | <input type="checkbox"/> Amenazas homicidas |
| <input type="checkbox"/> Piromanía | <input type="checkbox"/> Enfermedad psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias o alcohol |
| <input type="checkbox"/> Problemas de nivel de funcionamiento/ cognitivos | <input type="checkbox"/> Toma o rechazo a tomar medicamentos psicotrópicos | |
| <input type="checkbox"/> Patología médica | <input type="checkbox"/> Rechazo a tomar medicamentos | <input type="checkbox"/> Participación en pandillas |
| <input type="checkbox"/> Riesgo de victimización sexual | <input type="checkbox"/> Activo sexualmente | <input type="checkbox"/> Otro: Describa _____ |

Problema de conducta sexual ***Nota: El Plan de Supervisión no se considerará válido a menos que contenga la firma del Coordinador de servicios de abuso sexual, cuando se marque este casillero.

¿Hay cargos legales pendientes contra el niño de crianza por abuso sexual? Sí No

¿Se lo acusó o condenó por abuso sexual? Sí No

¿Se requiere registrarlo como agresor sexual? Sí No

En caso afirmativo, se debe adjuntar una copia del registro a este Plan.

¿Cuál es el riesgo que representa para terceros?

- A otros niños A adultos A bienes

Por favor detalle: _____

¿Qué tratamiento y/o servicios se le están proporcionando actualmente para abordar estos riesgos?

Por favor detalle: _____

Nombre del niño de crianza: _____

INFORMACIÓN DE COLOCACIÓN

Proveedor de cuidados _____ Teléfono _____

Dirección _____

Fecha de ubicación _____

Tipo de colocación: Hogar de crianza tempora Hogar de crianza temporal especializado Institución
 Hogar grupal Hogar de crianza temporal adoptivo ERC/Albergue
 TLP ILO Otro: Describa _____

Enumere los nombres, edades y sexo de los niños de crianza y niños en el hogar. Si el niño no es un niño de crianza, escriba las iniciales del niño en lugar de su nombre.

Nombre/iniciales del niño/niño de crianza _____ Sexo _____ Edad _____ Niño

Nombre/iniciales del niño/niño de crianza _____ Sexo _____ Edad _____ Niño

Nombre/iniciales del niño/niño de crianza _____ Sexo _____ Edad _____ Niño

Nombre/iniciales del niño/niño de crianza _____ Sexo _____ Edad _____ Niño

Nombre/iniciales del niño/niño de crianza _____ Sexo _____ Edad _____ Niño

¿Es alguno de los niños en el hogar especialmente vulnerable debido a alguno de los siguientes factores?

- Discapacidad física Discapacidad del desarrollo
- Antecedentes de victimización sexual Menor y/o más pequeño
- Antecedentes de Conducta problemática sexual o agresiva Otro

Marque aquí si los trabajadores del caso de todos los otros niños en el hogar han sido informados del comportamiento de riesgo de este niño de crianza.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE TRATAMIENTO

Nombre _____ Agencia _____

Teléfono _____ FAX _____

Treatment Type: Ambulatorio Hogar grupal/residencial

¿Es el proveedor un proveedor certificado del Plan de Beneficios para Sobrevivientes (SBP, por sus siglas en inglés)? Sí No

Nombre del niño de crianza: _____

SUPERVISIÓN

Describa detalladamente de qué manera se proporcionará un nivel efectivo de supervisión al niño de crianza durante las siguientes actividades de rutina en el hogar:

Hora de acostarse/Dormir: _____

Baño/Vestirse: _____

Hora de juego/tiempo libre: _____

Enumere todas las actividades que no se permiten, por ejemplo, pasar la noche con terceros, estar sin supervisión con niños menores, etc.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Describa las actividades recreativas y las oportunidades de socializar con sus compañeros que se le proporcionará al niño de crianza:

1. _____ ¿Con qué frecuencia? _____
2. _____ ¿Con qué frecuencia? _____
3. _____ ¿Con qué frecuencia? _____
4. _____ ¿Con qué frecuencia? _____
5. _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Nombre del niño de crianza: _____

* ¿Existen otras situaciones específicas en la escuela en las que las preocupaciones de conducta o seguridad justifiquen notificar o involucrar a Planificación de Supervisión en áreas específicas?

Si No En caso afirmativo, adjunte el Plan de Supervisión del Niño de crianza del DCFS – Suplemento educativo y el consentimiento para Divulgación de información.

*****Nota:** La Planificación de supervisión en la escuela para niños de crianza con problemas de conducta sexual debe contar con la aprobación previa del Coordinador de servicios de abuso sexual.

* ¿Existen otras situaciones específicas en la comunidad en las que las preocupaciones de conducta o seguridad justifiquen notificar o involucrar a Planificación de supervisión en áreas específicas?

Yes No En caso afirmativo, adjunte el Plan de Supervisión del Niño de crianza del DCFS – Suplemento de la comunidad y el consentimiento para Divulgación de información.

*****Nota:** La Planificación de supervisión en la comunidad para niños de crianza con problemas de conducta sexual debe contar con la aprobación previa del Coordinador de servicios de abuso sexual.

Firmas

Soy el responsable del Plan de supervisión para este niño de crianza. Estoy informado de los motivos por los cuales este niño de crianza requiere supervisión especial. Estoy de acuerdo con proporcionar u organizar esta supervisión, según sea necesario:

Firma del cuidador o proveedor _____ Fecha _____

Otro _____ Relación _____ Fecha _____

Otro _____ Relación _____ Fecha _____

Otro _____ Relación _____ Fecha _____

Otro _____ Relación _____ Fecha _____

Otro _____ Relación _____ Fecha _____

Firma del niño de crianza si tiene 12 años o más _____ Fecha _____

El niño de crianza rehusó a firmar el Plan de supervisión pero tiene conocimiento de su existencia.

Este es el Plan de supervisión en vigencia para este niño de crianza. He revisado esta información con las personas anteriores.

Trabajador del caso _____ Fecha _____

Supervisor _____ Fecha _____

Otro _____ Relación _____ Fecha _____

Otro _____ Relación _____ Fecha _____

Otro _____ Relación _____ Fecha _____

Coordinador de servicios de abuso sexual _____ Fecha _____

REQUISITOS PARA AUTORIZAR LA COLOCACIÓN
(Para uso únicamente del Coordinador de servicios de abuso sexual)

Nombre del niño de crianza: _____ N° de identificación: _____

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Masculino Femenino

Remitido para ser colocado en:

Proveedor: _____

N° de identificación: _____

- I. Este niño debería ser el único niño en este hogar (incluyendo los hijos biológicos del proveedor, hermanos u otros niños de crianzas del DCFS)

DETÉNGASE: Si marca este punto, no es necesario completar las Secciones II y III.

- II. Este niño de crianza puede ser colocado con otros niños que tengan:

- _____ años de edad o más.
 Mujeres de _____ años o más.
 Varones de _____ años o más..

- III. Este niño de crianza no puede ser colocado con otros niños:

- No podrán colocarse otros niños en el mismo hogar.
 Niños que tengan discapacidades físicas o retraso mental.
 Niños identificados como con problemas de conducta sexual.
 Que sean víctimas de abuso sexual.

Coordinador de servicios de abuso sexual

____ / ____ / ____
Fecha de vigencia

NOTA: POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE LOS CRITERIOS ANTES MENCIONADOS DEBEN CUMPLIRSE PARA LA COLOCACIÓN DE ESTE NIÑO DE CRIANZA EN CUIDADOS TEMPORALES.

Se le notificó a la Oficina de autorización de colocación (PCD) que debe eliminar la “ESPERA” en este hogar a partir de ____ / ____ / ____

Fecha

MOTIVO: _____

Firma: _____

Coordinador de servicios de abuso sexual

PLAN DE SUPERVISIÓN DEL NIÑO DE CRIANZA DEL DCFS

Nombre del niño de crianza: _____

Fechas de revisión

El supervisor del trabajador del caso y el trabajador del caso del niño de crianza realizarán y aprobarán revisiones trimestrales. Las revisiones trimestrales se realizarán en las siguientes fechas:

Fecha _____ Firma del trabajador del caso _____

Firma del supervisor _____

Fecha _____ Firma del trabajador del caso _____

Firma del supervisor _____

Fecha _____ Firma del trabajador del caso _____

Firma del supervisor _____

Fecha _____ Firma del trabajador del caso _____

Firma del supervisor _____

PLAN DE SUPERVISIÓN DEL NIÑO DE CRIANZA DEL DCFS – SUPLEMENTO EDUCATIVO

Nombre del niño de crianza: _____

Necesidades de supervisión en la escuela

Proporcione detalles de las preocupaciones de seguridad y conducta **específicas** que presenta el niño de crianza.

Detalle las intervenciones de supervisión para:

Supervisión en el aula _____

_____ Fecha de vigencia _____

Supervisión en los pasillos _____

_____ Fecha de vigencia _____

Supervisión en el baño _____

_____ Fecha de vigencia _____

Supervisión en el recreo y cafetería _____

_____ Fecha de vigencia _____

Supervisión antes/después de la escuela _____

_____ Fecha de vigencia _____

Supervisión en el autobús/transporte _____

_____ Fecha de vigencia _____

Supervisión en Educación física y vestuarios _____

_____ Fecha de vigencia _____

Otras situaciones en la escuela que requieran arreglos específicos para minimizar riesgos _____

_____ Fecha de vigencia _____

Proveedor _____ Fecha _____

Proveedor _____ Fecha _____

Proveedor _____ Fecha _____

Trabajador del caso _____ Fecha _____

Supervisor _____ Fecha _____

Niño de crianza, si tiene 12 años o más _____ Fecha _____

Coordinador de servicios de abuso sexual _____ Fecha _____

PLAN DE SUPERVISIÓN DEL NIÑO DE CRIANZA DEL DCFS – SUPLEMENTO DE LA COMUNIDAD

Nombre del niño de crianza _____

Necesidades de supervisión en la comunidad

Proporcione detalles de las preocupaciones de seguridad y conducta **específicas** que presenta el niño de crianza.

Detalle las intervenciones de supervisión para:

Visitas al hogar/ Visitas de los hermanos _____

Guardería/campamento diurno _____

Iglesia y actividades de la iglesia _____

Actividades recreativas _____

Otras actividades en la comunidad y arreglos específicos _____

Proveedor _____ **Fecha** _____

Proveedor _____ **Fecha** _____

Proveedor _____ **Fecha** _____

Trabajador del caso _____ **Fecha** _____

Supervisor _____ **Fecha** _____

Niño de crianza, si tiene 12 años o más _____ **Fecha** _____

Coordinador de servicios de abuso sexual _____ **Fecha** _____