

Nombre del joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte | División de Servicios Sociales

I. PARTE B: PLAN DE HOGAR TRANSITORIO – PLAN DE HOGAR TRANSITORIO DE 90 DÍAS PARA JÓVENES EN REGÍMENES DE ACOGIDA

(Se debe completar en el plazo de los 90 días previos a que el joven cumple 18 años)

A. DETALLES Y RECURSOS

RÉGIMEN DE ACOGIDA PARA JÓVENES DE 18 A 21 AÑOS					
¿Se le ha explicado al joven el programa de régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El joven desea participar en el régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Iniciales del joven:	_____

Nota: Si el joven planea participar en el régimen de acogida para jóvenes 18 a 21, los objetivos del TLP deben reflejar con claridad cómo los jóvenes cumplirán con los requisitos de elegibilidad para el programa.

VIVIENDA

Dirección actual: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	Teléfono u otra información de contacto:
Lugar donde el joven planea vivir al salir del régimen de acogida: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	Teléfono u otra información de contacto:
¿Qué alternativa tendrá el joven como vivienda si el plan anterior fracasa? <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	Teléfono u otra información de contacto:

RECURSOS DE VIVIENDA

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

EDUCACIÓN

Nivel de grado actual:	Escuela a la que asiste el joven en la actualidad:	Fecha prevista de graduación:	Promedio de calificaciones actual:
¿El joven tiene un IEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de la última reunión del IEP:	Si el joven tiene/tuvo un IEP, ¿participa en la reinserción profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	
Objetivo educativo: <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Diploma de HS <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Programa profesional <input type="checkbox"/> Universidad de dos años <input type="checkbox"/> Universidad de cuatro años <input type="checkbox"/> Otro: _____			
¿El joven ha recibido un diploma de escuela secundaria o GED? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El joven tiene previsto asistir a la universidad o a un programa profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Dedicación completa <input type="checkbox"/> Dedicación parcial	

Nombre del joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿El joven ha completado los exámenes PSAT/SAT/ACT? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde	Fecha de realización: Puntaje:	¿El joven ha solicitado alguna subvención educativa, beca o ayuda económica, como la Subvención Pell, los vales de capacitación educativa o las becas NC Reach? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
Mencione las subvenciones, las becas y la ayuda económica que el joven ha solicitado y el estado actual de la solicitud:		

EDUCACIÓN, CONTINUACIÓN

¿Se presentó la solicitud para la universidad o el programa profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de las escuelas o los programas solicitados, y estado actual de la solicitud:		
Otros referidos educativos realizados:			
¿El joven está inscrito en una universidad o un programa profesional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la escuela o del programa:		
En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Dedicación completa <input type="checkbox"/> Dedicación parcial			
Área de estudio:	Fecha prevista de graduación:	Promedio de calificaciones actual:	Adjunto: <input type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Constancia de calificaciones

RECURSOS EDUCATIVOS

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

EMPLEO/PROGRAMA DE CAPACITACIÓN/VOLUNTARIADO

¿Se ha referido a los jóvenes a WIOA a través de NCWorks? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El joven tiene conocimiento de cómo completar una solicitud de empleo? <i>(En caso negativo, este debería ser un objetivo del TLP del joven)</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El joven cuenta con un currículum actualizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El joven ha presentado alguna solicitud de empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Mencione las solicitudes presentadas: <i>(adjuntar otras hojas si es necesario)</i>			
¿El joven tiene un empleo en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección del empleador: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>		Horas por semana:

Nombre del joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿El joven está inscrito en un programa de capacitación para limitar o eliminar las barreras al empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección del programa: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	Horas por semana:
Mencione cualquier referido que se haya hecho con respecto al empleo o a la capacitación y el estado actual del referido: <i>(adjuntar otras hojas si es necesario)</i>		
¿El joven realiza una pasantía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección de la pasantía: <i>(número y calle, ciudad, estado y código postal)</i>	
¿El joven realiza un voluntariado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lugares de voluntariado:	Horas:

EMPLEO/CAPACITACIÓN/RECURSOS DE VOLUNTARIADO

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

TRANSPORTE

¿El joven tendrá acceso a transporte constante tras el licenciamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El joven tiene su propio automóvil, camión, bicicleta u otro medio de transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay una línea de transporte público cerca del lugar donde residirá el joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros medios de transporte:
---	---	--	-----------------------------

RECURSOS DE TRANSPORTE

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

SEGURO DE SALUD

El joven es elegible para Extended Foster Care Medicaid Program según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Costo (Affordable Care Act). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El joven ha recibido información y asistencia con respecto a los procedimientos de solicitud para Medicaid y otros seguros de salud financiados por el Gobierno estatal/federal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otros seguros de salud privados que continuarán tras los 18 años del joven: Compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____
Se prevé inscribir al joven a Extended Foster Care Medicaid Program a los 18 años. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

RECURSOS DE SEGURO DE SALUD

Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>
Nombre del recurso:	Información de contacto: <i>(incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)</i>

Nombre del joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico:	Número de teléfono: ()
Dirección: (número y calle, ciudad, estado y código postal)	
Nombre del dentista:	Número de teléfono: ()
Dirección: (número y calle, ciudad, estado y código postal)	

ATENCIÓN MÉDICA, CONTINUACIÓN

Nombre del proveedor de salud mental:	Número de teléfono: ()
Dirección: (número y calle, ciudad, estado y código postal)	

OBLIGATORIO: el joven ha recibido información sobre la importancia de designar a una persona para que tome decisiones relacionadas con la atención médica en su nombre, si este no puede hacerlo y no tiene o quiere que un familiar, que de otro modo sería designado en virtud de la ley de Carolina del Norte, tome dichas decisiones. Sí No

El joven ha recibido información sobre cómo otorgar un poder notarial o designar un apoderado de atención médica. Sí No

Puede encontrar el documento de Poder notarial de atención médica en:
https://www.sosnc.gov/documents/forms/advance_healthcare_directives/health_care_power_of_attorney.pdf

RECURSOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del recurso:	Información de contacto: (incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)
Nombre del recurso:	Información de contacto: (incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)
Nombre del recurso:	Información de contacto: (incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)

INFORME DE INGRESOS/CRÉDITO

¿El joven tendrá un ingreso además del que recibe del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, mencionar las fuentes de ingresos:	Cantidad de ingresos complementarios mensuales:	¿El joven tiene un empleo en la actualidad o tendrá uno al momento de retirarse del régimen de acogida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, mencionar los ingresos mensuales:
¿La agencia de bienestar infantil ha realizado una verificación del informe de crédito del joven en las tres agencias de crédito (Equifax, Transunion y Experian)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha de la última verificación: _____	¿Hubo algún problema en el informe del joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿cuáles fueron los problemas?		
¿Cómo se resolvieron los problemas crediticios?		Si no se ha realizado una verificación del informe de crédito, mencione la fecha en la que se realizará la verificación: _____		

JOVEN: usted tiene derecho a una verificación del informe de crédito en las tres agencias de crédito por cada año que participe en un régimen de acogida entre los 14 y 17 años de edad. También tiene derecho a verificaciones de crédito anuales al recibir servicios de régimen de acogida para jóvenes de 18 a 21 años.

LINKS/VIDA INDEPENDIENTE

JOVEN: el programa LINKS está disponible para usted para servicios y recursos hasta los 21 años. Comuníquese con el coordinador de LINKS en su condado de residencia si permanece en Carolina del Norte. Si se muda fuera del estado, comuníquese con su condado de origen y solicite un referido a su nuevo estado de residencia.		
Coordinador de LINKS:	Número de teléfono: ()	Dirección de correo electrónico:
Nombre del recurso:	Información de contacto: (incluir dirección, número de teléfono, sitio web y dirección de correo electrónico, si corresponde)	

Nombre del joven: _____

Fecha de nacimiento: _____

B. DOCUMENTOS QUE DEBEN PROPORCIONARSE AL JOVEN AL MOMENTO DEL LICENCIAMIENTO

- Original o copia certificada del certificado de nacimiento
- Original o copia certificada de la Tarjeta de Seguro Social
- Copias de todos los componentes del Resumen de salud (DSS-5206, DSS-5207, DSS-5208 y DSS-5209) y del Registro de inmunización más reciente
- Copias de todos los componentes del Estado educativo del niño (DSS-5245) o del Resumen del expediente académico
- Copias de cualquier documento legal que el joven pueda necesitar para el empleo o los beneficios, incluida la verificación de la elegibilidad para Extended Foster Care Medicaid, la documentación de residencia legal, etc.
- Licencia de conducir o tarjeta de identificación
- Copias de cualquier informe de crédito y documentación relacionada con los problemas resueltos en el informe de crédito
- Copia original y firmada de este documento

C. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL JOVEN

Nos gustaría permanecer en contacto con usted. Los servicios de LINKS están disponibles para usted hasta los 21 años. En ocasiones, hay nuevos beneficios disponibles y nos gustaría brindarle información sobre ellos. Por favor, indíquenos el nombre y la información de contacto de las personas que sabrán cómo ponerse en contacto con usted en el futuro.

D. FIRMAS

Firma del joven

Fecha

Firma del trabajador social/coordinador de LINKS

Fecha

Firma del director de la agencia/de la persona designada

Fecha