

Acuerdo de Servicios para la Familia en el Hogar

Apellido:		Nombre del asistente	
Dirección y número de teléfono:		Teléfono:	

Hijos/fecha de nacimiento:

Fecha de la próxima revisión del Acuerdo de Servicios:

Nombres de las personas que participan en el desarrollo del Acuerdo de Servicios:

Persona a cargo del cuidado del/de los menor/es:	
Persona a cargo del cuidado del/de los menor/es:	
Otros participantes (incluyendo hijos)	Relación con la familia
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

I. Fortalezas y recursos de la familia

II. a. Plan para abordar las necesidades identificadas:

Página 1 de 8

Aviso para padres/tutores/personas a cargo del cuidado: A menos que se indique lo contrario, las actividades y los servicios proporcionados por el personal del DSS u otros proveedores públicos se financian con TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) u otros fondos públicos.

1. Necesidad (de la evaluación de fortalezas y necesidades) para todos parentes.
2. Describa los comportamientos que sean preocupantes.
3. Objetivo
4. Actividades/Responsabilidad/Fechas para llevarlas a cabo

Actividades	Quién es responsable	Fechas para

Estado de la revisión

Estado de la revisión: Fecha / /	Estado: Fecha / /	Estado: Fecha / /
Logrado por completo	Logrado por completo	Logrado por completo
Ya no es apropiado	Ya no es apropiado	Ya no es apropiado
Logrado parcialmente	Logrado parcialmente	Logrado parcialmente
No logrado	No logrado	No logrado

Comentarios sobre el estado de la revisión o las áreas de preocupación:

II-b Servicios voluntarios solicitados por la familia Objetivo de la familia:

Página 2 de 8

Aviso para padres/tutores/personas a cargo del cuidado: A menos que se indique lo contrario, las actividades y los servicios proporcionados por el personal del DSS u otros proveedores públicos se financian con TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) u otros fondos públicos.

Actividades/Responsabilidad/Fechas para llevarlas a cabo

Actividades	Quién es responsable	Fechas para llevarlas a

Progreso para lograr los objetivos identificados:

II-c. A continuación, responda cada pregunta de forma específica para cada hijo. Esta información se debe actualizar al menos cada seis meses para cada hijo.

Página 3 de 8

Aviso para padres/tutores/personas a cargo del cuidado: A menos que se indique lo contrario, las actividades y los servicios proporcionados por el personal del DSS u otros proveedores públicos se financian con TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) u otros fondos públicos.

División de Servicios Sociales de Carolina del Norte
___/___/___

Condado N° ___ Caso N° _____ Fecha del plan:

¿Cuáles son los servicios efectivos que se les están proporcionando al/a los hijo/s para evitar que queden en adopción temporal?

¿Si los padres sin la custodia están envueltos, describa como asisten en los planes para la seguridad del niño(o niños)?

¿Qué ocurrirá si no se puede seguir garantizando la seguridad del/de la hijo/a?

Si el/la hijo/a debe ser separado/a de su hogar, ¿cuál es la preferencia de los padres para darlo/a en adopción temporal?

¿Pida que la familia describa cualquier conocimiento de tener herencia india americana?

¿Bajo qué circunstancia el organismo finalizará los servicios y cerrará el caso?

página 4 de 8

Aviso para padres/tutores/personas a cargo del cuidado: A menos que se indique lo contrario, las actividades y los servicios proporcionados por el personal del DSS u otros proveedores públicos se financian con TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) u otros fondos públicos.

DSS- 5239 (06/08) Servicios de Asistencia Familiar y Bienestar Infantil

____/____/____

III. Necesidades para el bienestar de los hijos identificadas con la familia y a través del Instrumento de evaluación de las fortalezas y las necesidades de la familia, Página 2, y cómo se tratarán:

A. **Educativas:**

B. **Físicas:**

C. **Salud mental:**

D. **Otras**

Progreso para satisfacer las necesidades identificadas para bienestar de los hijos:

Página 5 de 8

Aviso para padres/tutores/personas a cargo del cuidado: A menos que se indique lo contrario, las actividades y los servicios proporcionados por el personal del DSS u otros proveedores públicos se financian con TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) u otros fondos públicos.

Firmas de las personas que redactaron este acuerdo y que trabajarán para lograr los objetivos identificados:

FIRMA	FECHA DE LA FIRMA	FECHA/S DE LA REVISIÓN	FECHA/S EN QUE SE PROPORCI
Padre/Madre/Persona a cargo del cuidado	____/____/____	____/____/____ —	____/____/____ —
Padre/Madre/Persona a cargo del cuidado	____/____/____	____/____/____ —	____/____/____
Joven	____/____/____	____/____/____ —	____/____/____ —
Joven	____/____/____	____/____/____ —	____/____/____ —
Joven	____/____/____	____/____/____ —	____/____/____ —
Asistente social/Rep. del organismo	____/____/____	____/____/____ —	____/____/____ —
Supervisor/a o Rep. del organismo			

Fecha del plan: / /

Persona de apoyo/Relación:	____/____/____ -	____/____/____ -	____/____/____ -
Persona de apoyo/Relación:	____/____/____ -	____/____/____ -	____/____/____ -
Persona de apoyo/Relación:	____/____/____ -	____/____/____ -	____/____/____ -