

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