

Estado de Illinois  
Departamento de Servicios para Niños y Familias  
**Formulario de Consentimiento de Evaluación Familiar**

El \_\_\_\_\_ (FECHA), fui notificado acerca de un informe que ha sido realizado a la Línea de Acceso Directo de Abuso Infantil del Departamento de Servicios para Niños y Familias, involucrando a \_\_\_\_\_ (nombre del niño/a). También he sido informado que este informe cumple con los criterios para las Alternativas para el fortalecimiento y Apoyo Familiar. Como parte de las Alternativas para el fortalecimiento y Apoyo Familiar (SSF), tengo entendido que el Departamento no conducirá, como parte de este Programa, una investigación formal por abuso y negligencia infantil, que resultaría en un fallo indicado o infundado de abuso infantil. En cambio, entiendo que el Departamento conducirá una evaluación exhaustiva de mi persona y mi familia con el fin de proveernos servicios tanto a mí como a mi familia. Entiendo que los servicios son voluntarios y que con la firma de este formulario, estoy acordando participar de las Alternativas para el fortalecimiento y Apoyo Familiar, proveer al Departamento de la información específica sobre mi persona y sobre mi hijo/a y participar de los servicios mencionados.

Yo/nosotros he/hemos conversado con el trabajador sobre la Evaluación Familiar/Programa de Respuesta Diferencial, comprendemos el programa y el hecho de que el mismo es voluntario.

Yo/nosotros acuerdo/ acordamos participar de la Evaluación Familiar/Programa de Respuesta Diferencial.

Yo/nosotros comprendo/comprendemos que nada será informado al Registro Central del Estado en relación a mi participación en la Evaluación Familiar/Programa de Respuesta Diferencial.

Yo/nosotros comprendo/comprendemos que DCFS se reserva el derecho de referir este caso a DCP/Investigaciones en cualquier momento, de haber una razón para creer que existe abuso o negligencia infantil significativa o una seria amenaza a la seguridad del niño.

Yo/nosotros comprendo/comprendemos que la información reunida durante la evaluación familiar puede ser compartida con las Cortes, DCP/Investigaciones y otras divisiones de DCFS.

Yo/nosotros entiendo/entendemos que podré retirar mi consentimiento voluntario de participar en la Evaluación Familiar/Programa de Respuesta Diferencial presentado al Trabajador asignado a mi caso, por escrito.

Padre/Cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Padre/Cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

He discutido la Evaluación Familiar/Programa de Respuesta Diferencial con la familia y con todos aquellos que estarán participando en la evaluación. Tengo su consentimiento para participar de la Evaluación Familiar/Programa de Respuesta Diferencial.

Trabajador SSF: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_