

Administración del plan de seguridad y riesgo ILO/TLP

Este formulario debe ser completado cuando un joven es recomendado para ILO o TLP y dicho joven tiene una historia actual importante de alguna condición, comportamiento y/o circunstancia que pueda contribuir a que ocurra un riesgo o lesión al joven o a otros con los que el joven se relacionará o podrá relacionarse.

Nombre del cliente	Nº de ID del cliente	Fecha
Persona que completa	Región/Sitio/Campo	Fecha Vegente De _____ A _____

Sírvase marcar todas las siguientes condiciones, comportamientos y/o circunstancias que puedan contribuir actualmente a un riesgo de lesión para el joven o la comunidad.

- Enfermedad mental/problema de salud mental Niño o joven sexualmente agresivo
- Incapacidad de desarrollo Delincuencia Departamento de Sistema Penal
- Alcoholismo u otra drogadicción Agresivo físicamente Participación en pandillas
- Problema médico complejo/serio

En el espacio a continuación, sírvase describir el tipo, la frecuencia/intensidad y duración de las intervenciones que se utilizarán para lograr un máximo de seguridad y reducir al mínimo el riesgo para el joven y/o la comunidad. Identifique en forma clara y precisa y describa las conductas que afectan la seguridad y/o las conductas de riesgo que se esperan mitigar.

1. Condición(es)/comportamiento(s) que crean la necesidad de un Plan de administración de seguridad y riesgo (Describa en términos que se puedan medir o verificar la(s) condición(es) o comportamiento(s) que crea(n) un problema de riesgo o seguridad para el joven y/o la comunidad.)

2. Señales de advertencia (Describa las señales o indicadores de advertencias que muestran que el joven está o puede correr un riesgo de lesionarse a sí mismo o a otros.)

3. Intervenciones del trabajador social ILO-TLP y servicios de apoyo (Describa las intervenciones y otros servicios de apoyo que el trabajador social ILO-TLP del joven proporcionará para manejar la condición del joven y/o para prevenir el comportamiento que causa un problema de seguridad o riesgo para el joven y/o la comunidad. Describa el tipo, la frecuencia y la duración de cada intervención y/o servicio de apoyo).

4. Intervenciones o servicios a ser proporcionados por otras personas/proveedores (Enumere cada persona/proveedor DIFERENTE DEL PROVEEDOR ILO-TLP que estará proporcionando un servicio o intervención y describa el tipo, la frecuencia y la duración del servicio y/o intervención que proporcionará cada persona/proveedor.)

5. Plan de crisis (Describa qué intervención ocurrirá si el joven se involucra en un comportamiento que cree una situación insegura o de riesgo para el joven y/o la comunidad. Por CADA intervención sírvase a describir qué es la intervención, quién la proporcionará, cuándo se proporcionará, y dónde se proporcionará.)

6. Supervisión (Describa el plan para supervisar el cumplimiento del joven con el Plan de administración de seguridad y riesgo, incluyendo quién supervisará el plan, las actividades de supervisión que tomaran lugar y la frecuencia de cada actividad de supervisión.)

Aprobación del plan

Nombre del joven _____ Firma del joven _____ Fecha _____

Nombre del trabajador social _____ Firma del trabajador social _____ Fecha _____

Nombre de la agencia proveedora ILO-TLP _____

Nombre de la persona que firma por el Proveedor ILO-TLP _____ Firma _____ Fecha _____

Administrador de servicio de campo _____ Firma _____ Fecha _____
o Coordinador de servicios clínicos

Gerente de servicios clínicos de DCFS _____ Firma _____ Fecha _____

Administrador regional de DCFS _____ **Firma** _____ **Fecha** _____

(Es requerido solamente para jóvenes anteriormente negados por DETS)

Vice Director, DETS _____ **Firma** _____ **Fecha** _____