

# PLAN INTEGRAL ILO/TLP

## A. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

1. Nombre del niño: _____	2. Fecha de nacimiento: _____	3. Edad: _____
4. Sexo: _____	5. N° de ID del niño de DCFS _____	6. N° de ID de la familia de DCFS _____
7. Dirección actual del niño: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____
8. Disposiciones de vida actuales del niño	<input type="checkbox"/> HMR	<input type="checkbox"/> Crianza temporal regular
<input type="checkbox"/> Departamento del Sistema Penal	<input type="checkbox"/> Cuidado residencial	<input type="checkbox"/> Detención
<input type="checkbox"/> Crianza temporal especializada o de tratamiento	<input type="checkbox"/> Hospitalización	<input type="checkbox"/> Refugio de emergencia
<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____		
9. Objetivo de permanencia: _____		
10. LAN de relevancia: _____	11. WSAA: _____	12. Región de DCFS: _____
13. Convocador clínico: _____	Teléfono: _____	
14. Trabajador social: _____	Teléfono: _____	
15. Supervisor: _____	Teléfono: _____	

Este plan se debe completar para todo joven que esté siendo recomendado para servicios de vida independiente o servicios de programas de vida de transición de acuerdo a las provisiones de la Guía de normas 2001.10 El plan debe ser presentado ante el Administrador regional de servicios clínicos junto con todo el resto de la información que sea requerida por la Guía de normas 2001.10 (consultar la Guía de normas 2001.10, Apéndice A). Este plan debe describir en detalle los servicios e intervenciones que serían proporcionados al joven si éste fuera aprobado para servicios de vida independiente o para servicios de vida de transición por el Administrador regional de servicios clínicos y el Director delegado de la División de educación de servicios de transición. Adicionalmente, se DEBE completar y adjuntar a este formulario un CFS 968-62B/S, ILO, Plan de administración de seguridad y riesgo, para todo joven que presente una o más de las siguientes condiciones o problemas detallados en la Guía de normas 2001.10: problema de salud mental/enfermedad mental; niño o joven sexualmente agresivo; incapacidad de desarrollo; delincuencia; Departamento del Sistema Penal; alcoholismo o drogadicción; agresivo físicamente; participación en pandillas; y/o problemas médicos complejos/serios.

## B. CONDICIONES DE VIDA

1. NECESIDADES FÍSICAS/SITUACIÓN DE VIDA – Describa las disposiciones de vida del menor y las necesidades básicas y financieras del joven. Asuntos fundamentales: espacio, privacidad, seguridad, supervisión adulta, comodidad, recursos locales, alimentación, mobiliario y transporte

a. Identifique los servicios, artículos, apoyos y otras intervenciones solicitadas para este dominio y los cambios mensurables, que se desean o anticipan y que apoyan al niño y la familia, y responden a las necesidades establecidas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. En este momento el joven no tiene ninguna necesidad en esta área. Iniciales \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_

**2. FAMILIA/AFFECTOS** – Describa los arreglos familiares actuales o planificados del menor – Asuntos fundamentales: conformación familiar, familia amplia, relaciones familiares, consejería, otras personas importantes para el menor, relación con los hermanos.

a. ¿Tiene el joven un contacto regular y recibe apoyo de la familia, de la familia amplia, y de otras personas importantes en su vida? ¿Qué servicios, apoyos y otras intervenciones se necesitan para afirmar las relaciones y el apoyo del joven para su transición a la vida adulta? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. En este momento el joven no tiene ninguna necesidad en esta área. Iniciales \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_

**3. SEGURIDAD/RIESGO** – Describa la situación actual o planificada del joven en términos de manejo de crisis/habilidad para manejar situaciones de crisis o de emergencia Asuntos fundamentales: contactos/recursos de emergencia, precipitantes potenciales, estrategia y resolución, manejo de crisis.

a. ¿Tiene el joven algún antecedente de una o más de las siguientes condiciones o problemas según se detallan en la Guía de normas 2001.10: problema de salud mental/enfermedad mental; niño o joven sexualmente agresivo; incapacidad de desarrollo; delincuencia; Departamento del Sistema Penal; alcoholismo u otro tipo de drogadicción; agresivo físicamente; participación en pandillas; y/o problemas médicos complejos/serios? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

b. Si responde SÍ, complete y adjunte el Plan de administración de seguridad y riesgo (CFS 968-62B/S). Los servicios posibles incluyen: apoyo adicional del caso, servicios de protección, plan SACY, tratamiento diurno, apoyos comunitarios informales, servicios profesionales, servicios de prevención de reincidencia.  
En este momento el joven no tiene ninguna necesidad en esta área. Iniciales \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_

**4. SOCIALIZACIÓN** – Describa los patrones sociales y de recreación actuales o planificados del joven y/o de la familia. Asuntos fundamentales: estado físico, pasatiempos/intereses, sistemas de apoyo, amistades, lazos familiares

a. ¿Tiene el joven amigos y actividades extracurriculares? Identifique los servicios que puedan ser necesarios para apoyar la integración del joven en la comunidad y el desarrollo de la autoestima y los lazos positivos.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. En este momento el joven no tiene ninguna necesidad en esta área. Iniciales \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_

**5. CULTURAL Y ESPIRITUAL** – Describa toda tradición e intereses étnicos, nacionales y espirituales importantes para el joven/familia. Asuntos fundamentales: tradiciones, costumbres, fe, creencias, idioma, apoyo, confort

a. Identifique servicios fundamentales que el joven necesite para apoyar cualquier tradición cultural o espiritual que tenga o pueda aspirar a tener. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. En este momento el joven no tiene ninguna necesidad en esta área. Iniciales \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_

**6. EMOCIONAL/PSICOLÓGICO** – Analice los asuntos de importancia relacionados con la salud mental y/o el manejo de la conducta del joven, incluyendo asuntos psicológicos, psiquiátricos o de drogadicción. Factores: historia familiar, estado de conducta actual, estado psicológico actual, antecedentes de alcoholismo/drogadicción y medicamentos psicotrópicos.

a. Identifique los servicios, apoyos y otras intervenciones necesarias para cubrir las necesidades de salud mental del joven y los cambios que se desean o anticipan en el bienestar emocional del joven.

---

---

---

b. En este momento el joven no tiene ninguna necesidad en esta área. Iniciales \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_

**7. SALUD** – Analice la historia física y dental y el estado de salud del joven. Factores: medicamento(s), necesidades especiales, acceso a atención médica/dental, vacunas, bienestar de bebé, embarazo y prevención de enfermedad sexual.

a. Identifique los servicios, apoyos y otras intervenciones necesarias para apoyar al joven a asegurar una atención de salud regular y extraordinaria de prevención e intervención. \_\_\_\_\_

---

---

---

b. En este momento el joven no tiene ninguna necesidad en esta área. Iniciales \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_

**8. EDUCACIONAL/VOCACIONAL** – Describa el estado educacional actual o deseado, y si se aplica, experiencia laboral. Factores: nivel de grado, apoyo educacional especializado, experiencia laboral, objetivos/intereses, educación vocacional, joven en la universidad y joven en un programa de becas, alfabetismo, apoyo posterior a la emancipación.

a. Identifique los servicios, apoyos e intervenciones necesarios para todo joven, que no haya completado la secundaria o no haya obtenido su GED. Si el joven planea asistir a la universidad, identifique los apoyos necesarios para el plan educacional \_\_\_\_\_

---

---

---

b. En este momento el joven no tiene ninguna necesidad en esta área. Iniciales \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_

c. El joven recibió su GED/diploma de la secundaria el día: \_\_\_\_\_

**9. ADOLESCENTES EMBARAZADAS Y PATERNIDAD** – Describa, analice e identifique las necesidades de paternidad actuales del menor bajo tutela (de sexo masculino o femenino) en las áreas de educación sobre temas de paternidad, guardería/ transporte para guardería; servicios médicos para lactantes; vivienda, especialmente para padres con 3 hijos o más; etc. de acuerdo al Apéndice J, de la Regla y Procedimiento 302.

a. Identifique las necesidades del menor bajo tutela relacionadas con la paternidad/embarazo para completar con éxito el embarazo y/o criar y cuidar de un modo efectivo a sus hijos, **manteniendo presente cualquier servicio especial necesario debido a asuntos mencionados en las secciones 6 y 7.** \_\_\_\_\_

---

---

---

b. En este momento el joven no tiene ninguna necesidad en esta área. Iniciales \_\_\_\_\_ y Fecha: \_\_\_\_\_



**D. APROBACIÓN/ENDOSO**

1. Supervisor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

2. Gerente de servicios: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
o Coordinador de servicios clínicos

3. Proveedor ILO-TLP recomendado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

4. Administrador clínico regional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

5. **Administrador de DCFS regional:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**(Requerido SOLAMENTE si el joven fue negado anteriormente por DETS)**

6. **Vice Director:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
**División de educación y servicios de transición**

Fecha de inicio del plan integral: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del plan integral: \_\_\_\_\_

**Se necesita la aprobación del personal de DCFS y el Plan Integral se procesará a través del Agente administrativo del sistema integral (WSAA).**

- a. Por planes de \$4,000 o menos y de una duración máxima de cuatro meses:  
Convocador clínico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- b. Por planes entre \$4,000 y \$18,000 y/o entre cuatro y seis meses de duración, también se necesita la aprobación de este nivel:  
Administrador regional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- c. Por planes de cifras superiores a \$18,000 y/o de más de seis meses de duración, también se necesita la aprobación de este nivel:  
Director delegado/operaciones: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

NOTA: Los servicios sólo se autorizan por el período de tiempo de este Plan Integral. Los servicios **NO** pueden comenzar antes de la fecha de aprobación por parte del nivel más alto de firma requerida sin importar el nivel de firma que sea necesario.

**E. HOJA DE FIRMA DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DEL NIÑO Y FAMILIA**  
**MIEMBROS FUNDAMENTALES DEL EQUIPO**

	<u>Nombre en letra de imprenta</u>	<u>Firma</u>	<u>Fecha</u>
Miembro de la familia:	_____	_____	_____
Menor (si es mayor de 12):	_____	_____	_____
Cuidador/actual/presunto:	_____	_____	_____
Facilitador del plan integral:	_____	_____	_____
Trabajador social POS/DCFS:	_____	_____	_____
Convocador del personal (FSM o CSC)	_____	_____	_____
Proveedor ILO-TLP:	_____	_____	_____

**OTROS MIEMBROS DEL EQUIPO DE LA COMUNIDAD** (es decir, miembros de la familia amplia, vecinos, ministros, maestros, amigos, agencias de la comunidad interesadas, proveedores de servicios)

<u>Relación</u>	<u>Nombre en letra de imprenta</u>	<u>Firma</u>	<u>Fecha</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____