



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)
VOLUNTARY PLACEMENT/FOSTER CARE PROGRAM

Plan de Permanencia
Niños con discapacidades (RCW 74.13.350)
Permanency Plan
Child with disabilities (RCW 74.13.350)

FECHA(S) DE LA(S) AUDIENCIA(S)	
NÚMERO DE CAUSA	NÚMERO DE CASO

INFORMACIÓN IDENTIFICATORIA

NOMBRE DEL NIÑO (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO
--	------------------------------	----------------------------------

PROVEEDOR DE CUIDADOS Y UBICACIÓN ACTUALES

ESTADO LEGAL ACTUAL

GRUPO ÉTNICO (MARQUE LO QUE CORRESPONDA)
 Negro Blanco Asiático Hispano
 Americano nativo (de acuerdo al adjunto A o el Plan de servicios individual), fechado: _____

INFORMACIÓN DE COLOCACIÓN

TIPO DE COLOCACIÓN	FECHA INICIAL DE COLOCACIÓN	FECHA DE REVISIÓN DE LA CORTE
--------------------	-----------------------------	-------------------------------

PRINCIPAL(ES) INVOLUCRADO(S)

NOMBRE	DOMICILIO	NÚMERO DE TELÉFONO
MADRE/GUARDIÁN LEGAL		
PADRE/GUARDIÁN LEGAL		
GAL		
ASISTENTE SOCIAL		

RAZÓN PARA LA COLOCACIÓN FUERA DEL HOGAR

METAS PRIMARIAS DE LA COLOCACIÓN
 Retorno al hogar Tutela Adopción Acuerdo fuera de casa a largo plazo

PLAN DE PERMANENCIA

METAS ALTERNATIVAS (SI CORRESPONDEN)

DECLARACIÓN DE RESUMEN (AVANCE HACIA LA META DE COLOCACIÓN PRIMARIA)