Washington State Department of Social & Health Services
DDA Developmental Disabilities Administration

ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DDA, por sus siglas en inglés)

Acuerdo familiar para el Programa de apoyo intensivo al comportamiento en el hogar para niños (CIIBS)

Family Agreement to Children's Intensive In-Home Behavioral Support (CIIBS) Program

NOMBRE DEL NIÑO/JOVEN	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/JOVEN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ADSA	FECHA DEL ACUERDO

PADRE/TUTOR	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (SI NO ES PADRE/TUTOR)
PADRE/TUTOR	PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (SI NO ES PADRE/TUTOR)

Me comprometo a participar plenamente en el programa CIIBS durante el tiempo que mi hijo esté en el programa. Esto incluye trabajar junto con la DDA y un especialista del comportamiento contratado elegido por mí para elaborar un plan de apoyo al comportamiento positivo que se ajuste a mi hijo y a la familia. Una vez que haya aceptado el plan de comportamiento, me comprometo a cumplirlo con mi hijo y recibir capacitación. Estoy de acuerdo en trabajar en equipo con los proveedores de servicios en mi casa. Juntos revisaremos y haremos cambios en el plan de comportamiento según sea necesario.

Entiendo que el programa CIIBS funcionará mejor si todas las personas que apoyan a mi hijo trabajan juntas. Estoy de acuerdo en ayudar a crear un equipo de personas que se reúna al menos cada tres (3) meses. Este equipo incluirá a mi familia, a mis amigos, a miembros de la comunidad, a proveedores de servicios, al personal de la escuela y a otros profesionales implicados. Puesto que el propósito de este equipo es contribuir al éxito de mi hijo, me aseguraré de que todos los miembros respeten a mi hijo como parte del equipo. Alentaré a mi hijo a tomar decisiones acerca de gustos, disgustos, necesidades, actividades y estrategias.

Entiendo que la participación en este programa implica que se recogerá y se revisará la siguiente información de forma regular:

- El comportamiento de mi hijo;
- El estrés familiar y
- La participación de todos los miembros del equipo de apoyo, incluyéndome.

Entiendo que toda información personal se mantendrá bajo confidencialidad. Los informes sobre el programa no utilizarán nombres u otra información que nos pueda identificar.

Estoy de acuerdo en desempeñar un papel positivo y activo al momento de brindar apoyo a mi hijo y abordar comportamientos mediante la ayuda del equipo de apoyo de mi hijo.

FIRMA(S) DEL PADRE / TUTOR	FECHA
FIRMA(S) DEL PADRE / TUTOR	FECHA
FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (SI NO ES EL PADRE/TUTOR)	FECHA
FIRMA DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA (SI NO ES EL PADRE/TUTOR)	FECHA
FIRMA DEL JOVEN (SI NO ES EL PADRE/TUTOR)	FECHA
FIRMA DEL ADMINISTRADOR DEL CASO/DE RECURSOS	FECHA DE RECEPCIÓN DEL ACUERDO