ATENCIÓN: *Este es un formulario electrónico disponible en FamLink. Esta versión de Word solo debe usarse cuando FamLink no esté disponible.*

Washington State Department of Social & Health Services
CA Children's Administration

Reporte del tribunal
Court Report

Información de la audiencia		
TIPO DE AUDIENCIA ☐ Audiencia de revisión de dependencia ☐ Audiencia de hallazgos ☐ Moción ☐ Audiencia de planeación de permanencia ☐ Audiencia de terminación	FECHA DEL INFORME	EL PLAN CUBRE DESDE HASTA:
	☐ Se ha ordenado/solicitado una jurisdicción concurrente.	
FECHA DE LA AUDIENCIA/REVISIÓN	HORA DE LA AUDIENCIA/REVISIÓN ☐ A.M. ☐ P.M.	NÚMERO LEGAL

Información del niño					
NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO ☐ Masculino ☐ Femenino	IDIOMA PRINCIPAL	OPD
ESTATUS LEGAL DEL NIÑO	FECHA DE CUIDADO INMEDIATO ("SHELTER CARE")	FECHA DE DEPENDENCIA	FECHA DE TERMINACIÓN DE PATRIA POTESTAD		

¿Se ha establecido la paternidad? ☐ Sí ☐ No

Nombre _____ Tipo: _____ Estatus: _____

GRUPO ÉTNICO (MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

☐ Afroamericano / Negro ☐ Asiático / Isleño del Pacífico ☐ Primeras Naciones de Canadá (CFN)
☐ Caucásico / Blanco ☐ Hispano / Latino
☐ Nativo americano / Nativo de Alaska (AI / AN)
☐ Otro (especificar):

¿Hay alguna razón para creer que este niño es nativo americano / nativo de Alaska? ☐ Sí ☐ No

Estatus tribal del niño:

¿Se ha notificado a la(s) Tribu(s) de esta audiencia? ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

Recomendaciones de la(s) Tribu(s) o LICWAC del niño:

Ubicación

EL NIÑO ACTUALMENTE RESIDE

☐ En casa ☐ Fuera de casa

TIPO DE UBICACIÓN

☐ Hogar adoptivo
☐ Ubicación sin licencia ordenada por el tribunal
☐ Centro de detención
☐ Centro residencial para familias en crisis
☐ Casa de acogida / Casa de recepción
☐ Cuidado grupal – Residencial con personal
☐ Centro grupal residencial para crisis
☐ Hogar grupal
☐ Hospital
☐ Rehabilitación de menores
☐ Casa de acogida autorizada o pariente de un grado especificado
☐ Casa de acogida autorizada – padrino o madrina / red de soporte / pariente tribal / o pariente sin grado específico
☐ Centro regional de evaluación
☐ Centro regional residencial para crisis
☐ Pariente de grado especificado (sin recibir pagos por acogida)
☐ Centro residencial para crisis con seguridad
☐ Vida independiente con supervisión
☐ Hogar terapéutico de acogida – BRS / Contrato CHAPS MTSC

RECOMENDACIÓN DE UBICACIÓN

☐ En casa ☐ Fuera de casa

Ubicaciones totales:

¿Hubo un cambio de ubicación durante este período de revisión? ☐ Sí ☐ No

¿Cuándo y cómo se notificó a los padres sobre los cambios de ubicación que ocurrieron en este período de revisión?

¿Cuántos meses en cuidado fuera de casa? de

ESTATUS ICPC

¿Existe una propuesta de ubicación fuera del estado? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha hecho una solicitud al estado que recibiría? ☐ Sí ☐ No

¿La ubicación actual está cerca del hogar familiar? ☐ Sí ☐ No

Describa por qué la ubicación recomendada es la más apropiada, menos restrictiva y en los mejores intereses del niño.

Resumen del caso

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA DE SALUD Y SEGURIDAD

RESUMEN DEL NIÑO

NOMBRE DE LA MADRE

RESUMEN DE LA MADRE

Esta sección no será compartida con el cuidador del menor. En esta sección se discutirá información confidencial relacionada con problemas de salud, tratamientos de salud mental y tratamientos por abuso de drogas de los padres.

SERVICIOS PREVIAMENTE ORDENADOS PARA LA MADRE

RECOMENDACIONES PARA HALLAZGOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO	RECOMENDACIONES PARA HALLAZGOS SOBRE EL PROGRESO
☐ Sí ☐ Parcial ☐ No ☐ Reservado	☐ Sí ☐ Reservado ☐ No

NOMBRE DEL PADRE

RESUMEN DEL PADRE

Esta sección no será compartida con el cuidador del menor. En esta sección se discutirá información confidencial relacionada con problemas de salud, tratamientos de salud mental y tratamientos por abuso de drogas de los padres.

SERVICIOS PREVIAMENTE ORDENADOS PARA EL PADRE

RECOMENDACIONES PARA HALLAZGOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO	RECOMENDACIONES PARA HALLAZGOS SOBRE EL PROGRESO
☐ Sí ☐ Parcial ☐ No ☐ Reservado	☐ Sí ☐ Reservado ☐ No

Visitas

¿Cuándo y cómo se notificó a los padres sobre los cambios al régimen de visitas que ocurrieron en este período de revisión?

Planificación de permanencia

Fecha en que se ordenó el plan actual:

PLAN PRIMARIO	PLAN ALTERNO
☐ Regreso al hogar ☐ Tutela ☐ Adopción ☐ Custodia por una tercera persona	☐ Regreso al hogar ☐ Tutela ☐ Adopción ☐ Custodia por una tercera persona

Plan permanente propuesto

PLAN PRIMARIO	PLAN ALTERNO
☐ Adopción ☐ Tutela ☐ Acog. a Largo Plazo c/Aprob. Trib. ☐ Ubic. c/pariente c/ Aprob. Trib. ☐ Regreso al hogar ☐ Custodia de terceros RCW 26.10	☐ Adopción ☐ Tutela ☐ Acog. a Largo Plazo c/Aprob. Trib. ☐ Ubic. c/pariente c/ Aprob. Trib. ☐ Regreso al hogar ☐ Custodia de terceros RCW 26.10

Describa los esfuerzos razonables para reunificar, incluyendo el progreso realizado para disminuir la necesidad de reubicar:

Describa los esfuerzos realizados para alcanzar permanencia:
¿Se ha presentado una solicitud de terminación? ☐ Sí ☐ No Razón seria para no presentar solicitud de terminación:

Circunstancias agravadas:	Fecha de hallazgo:

Búsqueda de parientes

Describa los esfuerzos realizados para buscar parientes; incluyendo opciones de ubicación dentro y fuera del estado y lo apropiado de las opciones.

Esfuerzo de búsqueda

FECHA	TIPO DE BÚSQUEDA	RESULTADOS

Resultado de la búsqueda

FECHA DE CONTACTO	RESULTADOS DEL CONTACTO

NOMBRE	RELACIÓN CON EL NIÑO

Antecedentes del caso

Esfuerzos para evitar la ubicación fuera del hogar:

Describa la naturaleza y el alcance del maltrato o de la situación familiar.

Describa las circunstancias que rodean al maltrato o la situación familiar.

Información del participante / Representación legal

NOMBRE DE LA MADRE	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL ABOGADO

DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL PADRE	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL ABOGADO
DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL PRESUNTO PADRE	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL ABOGADO
DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL PADRE SEÑALADO	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL ABOGADO
DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL TUTOR NOMBRADO POR EL TRIBUNAL (GUARDIAN AD LITEM)		NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN		
NOMBRE DEL ABOGADO DEL NIÑO		NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN		
NOMBRE DEL TRABAJADOR CA	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL ABOGADO
DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO
NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL DE OTRA AGENCIA		NÚMERO DE TELÉFONO
DIRECCIÓN		
NOMBRE DE OTRAS PARTES EN EL CASO	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DEL ABOGADO
DIRECCIÓN		NÚMERO DE TELÉFONO

Anexos

☐ Plan de visitas ☐ Plan de educación ☐ Plan de vida independiente ☐ Otro
☐ Plan de servicio ☐ CHET ☐ Estatus de nativo americano

Deben entregarse copias de este reporte del tribunal a los padres y/o a sus abogados y a los jóvenes de 12 años de edad o mayores y a sus abogados, si los tienen. El trabajador de CA certifica que se entregaron copias de este reporte del tribunal a los individuos en las fechas abajo enlistadas.

NOMBRE DE LA MADRE O DE SU ABOGADO	NOMBRE DEL PADRE O DE SU ABOGADO	NOMBRE DEL MENOR O DE SU ABOGADO (12 AÑOS DE EDAD O MÁS)
FECHA	FECHA	FECHA

TRABAJADOR DE LA ADMINISTRACIÓN INFANTIL FECHA

Presentado por:

SUPERVISOR DE LA DIVISIÓN DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS DATE

Aprobado por:

Original: Tribunal Juvenil u otra Entidad de Revisión

Copias: Archivo del caso
Abogado trabajador de CA
Padres / Abogado de los padres
Tutor nombrado por el tribunal / Abogado de GAL
Agencia voluntaria
Cuidador del menor
Niño (mayor de 12 años) / Abogado del niño

Servicios y tareas recomendadas
Responsabilidades recomendadas para la agencia:
Responsabilidades recomendadas para el cuidador:
Servicios y tareas recomendadas para la madre : Servicios adicionales proporcionados actualmente / recomendados:
Servicios y tareas recomendadas para la madre : Servicios adicionales proporcionados actualmente / recomendados: