



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION (DDA)

**Plan de participación del niño y la familia**

**Child and Family Engagement Plan**

FECHA DE VIGENCIA DEL PLAN

FECHA DE FINALIZACIÓN

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO/JOVEN

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN ADSA

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL NIÑO/JOVEN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

|  | Nombre               | Número de teléfono (Hogar, trabajo, celular) |
|--|----------------------|--|
| Padre/madre/ tutor legal                                     |                      |  |
| Padre/madre/ tutor legal                                     |                      |  |
| Proveedor autorizado o certificado                           |                      |  |
| Contacto en caso de emergencias                              |                      |  |
| Médico   |                      |  |
| Dentista   |                      |  |
| Especialista   |                      |  |
| Nombre del contacto del IEP /Plan 504 en la escuela          |                      |  |
| Representante receptor de pagos                              |                      |  |
| Otras personas significativas (familiares, amigos y vecinos) | Relación con el niño | Número de teléfono (Hogar, trabajo, celular) |
|  |                      |  |
|  |                      |  |
|  |                      |  |
|  |                      |  |
|  |                      |  |

AGENCIAS COMUNITARIAS Y APOYOS FORMALES (COMO WISE, PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL O PROVEEDOR DE ABA)

AGENCIAS COMUNITARIAS INFORMALES (COMO IGLESIA / YMCA /CENTRO RECREATIVO)

ESCUELA: ¿CUÁL ES EL HORARIO ESCOLAR HABITUAL, QUIÉN ES EL CONTACTO PRINCIPAL EN LA ESCUELA Y EL CONTACTO PARA EL IEP/PLAN 504?

¿HAY ÁREAS DE LA ATENCIÓN DE SU NIÑO EN LAS QUE LE GUSTARÍA QUE SE CONCENTRARAN? ¿CÓMO SE RELACIONA ESTO CON LAS METAS FUTURAS O LA VISIÓN DE SU NIÑO?

¿CUÁL ES SU VISIÓN PARA LOS PRIMEROS TRES MESES, SEIS MESES Y UN AÑO?

**Plan de atención (Rutina diaria, horarios nocturnos, Preferencias de atención)**

**Citas médicas (programación, transporte, comunicación)**

¿Firmó el formulario de consentimiento médico?  Sí  No

**Planeación financiera\***

¿El proveedor ayuda a administrar cualquier porción de los fondos del cliente?  Sí  No

¿El cliente necesita apoyos para adquirir habilidades de administración del dinero?  Sí  No

\* Los padres siguen siendo responsables de los costos rutinarios habituales de los niños, como ropa, útiles escolares, etc.

¿Se ha seleccionado un representante receptor de pagos? (sólo una vez):  Sí  No

Si contestó que no, indique la fecha límite para realizar esta tarea:

¿Se presentó la solicitud de Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)? (Una sola vez)

Sí  No

Si contestó que sí, fecha de presentación:

Si contestó que no, indique la fecha límite para realizar esta tarea:

**Consideraciones y ocasiones culturales**

¿El menor o la familia tienen consideraciones culturales o preferencias espirituales importantes (días feriados, cumpleaños, otras ocasiones culturales o espirituales) que deba apoyar su proveedor?  Sí  No

Si contestó que sí, describa:

Cumpleaños: ¿Cómo celebran los cumpleaños el menor y la familia?

Feridos: ¿Qué feridos son importantes para el menor y la familia?

Vacaciones de verano: ¿El menor habitualmente asiste a un programa de verano o a otras actividades de verano?

Planes para las vacaciones:

Otro:

### Planes de participación de la familia

¿Cómo mantendrá la familia su participación en la vida del menor?

¿El proveedor autorizado o certificado deberá brindar asistencia en los planes de visita de la familia?

Yo visitaré a mi hijo(a) veces / mes en los siguientes entornos: Centro de OHS, comunidad u hogar familiar.

Como padre / madre / tutor de mi hijo(a), estoy de acuerdo con los términos antes expuestos y le notificaré al especialista en servicio social y proveedor de la DDA de mi hijo(a) si se producen cambios. Este formulario puede ser actualizado y modificado según sea necesario.

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR

FECHA

FIRMA DEL PROVEEDOR AUTORIZADO O CERTIFICADO

FECHA

## **Instrucciones del plan de participación de la familia**

Este formulario debe contestarse en un plazo de 45 días del ingreso a Servicios Fuera del Hogar. El padre o la madre, el trabajador social de la DDD y la agencia residencial con personal/ padre/madre suplente todos deben asistir a la reunión del plan de participación de la familia. Los padres deben recibir este formulario antes de que el niño se mude a la colocación.

**Fecha de vigencia del plan:** La fecha de vigencia del plan es la fecha en que se firma el formulario. El formulario debe ser revisado durante el período de la evaluación anual, y debe ser actualizado cuando sea necesario durante las visitas cada 90 días.

**Número de identificación ADSA:** El sistema generó el número cuando se estableció el registro del cliente.

**Fecha de finalización:** 364 días después de la fecha de entrada en vigencia del plan.

**Dirección de residencia del niño/joven:** Ubicación de la residencia autorizada o certificada.

**Médico / Dentista:** Información de contacto del médico (médico de atención primaria) y dentista actuales.

**Escuela:** Nombre y número de la escuela donde se encuentra la residencia autorizada o certificada del niño.

**Otras personas significativas:** Todas las personas que están involucradas en la vida del niño/joven y que tengan la autorización de los padres/tutores para contactar o visitar al niño.

**Agencias comunitarias y apoyos formales:** Indique cuál es el plan para proporcionar estos tipos de apoyo y cómo se va a producir (por ejemplo, los padres serán responsables de renovar anualmente el cupón médico).

**Agencias comunitarias informales:** Indique cuál es el plan para proporcionar estos tipos de apoyo y cómo se va a producir (por ejemplo, el padre adoptivo transportará al niño a la YMCA todos los martes de 6 p.m. a 8 p.m.).

**Escuela:** Indique quién coordinará los servicios escolares, cómo se involucrarán los padres, la asistencia a las reuniones del Programa de Educación Individualizada (IEP), programas después de la escuela, actividades extraescolares, etc. Incluya también información de un horario escolar habitual. Si el niño no está inscrito actualmente en el distrito escolar donde recibe servicios fuera del hogar, incluya la información de contacto escolar del niño y cómo se producirá la transferencia de registros (si procede).

**Áreas de enfoque y metas futuras:** Esta es una oportunidad para que el niño y la familia conversen con el proveedor sobre las metas de habilitación y en dónde prefieren enfocar sus apoyos-

**Visión para los primeros tres meses, seis meses y un año:** Expectativas respecto a lo que la familia y el joven esperan recibir durante su estancia en un entorno fuera del hogar. Incluya metas, sueños y deseos que la familia tiene para sus hijos, o aquellos que el niño quiera lograr.

**Plan de atención:** Incluya información como las preferencias de ropa, rutina para el cuidado personal, rutinas de cuidado del cabello y uñas, preferencias culturales, rutinas de la hora de acostarse, etc.

**Consultas médicas:** Indique quiénes asistirán, transportarán, comunicarán y definirán el plan de participación familiar en lo referente a las citas médicas.

**Plan financiero:** Indique cómo se satisfarán las necesidades financieras del niño o joven. Indique quién fungirá como representante receptor de pagos. Describa las decisiones y los planes del padre/madre respecto a las finanzas de niño o joven, por ejemplo, establecer un fideicomiso ABLE, una cuenta de gastos funerarios, una asignación para el niño o joven, manutención para niños, etc. Explique la obligación del niño en cuanto a su alojamiento y comida en forma de costos de «participación del cliente». Solicitud de SSI: Proporcione la fecha en el que se presentó la solicitud de SSI. Solo debe hacerse una vez. Si no ha concluido este paso, incluya la fecha en la que esta tarea será realizada por el padre o la madre.

**Plan de participación de la familia:** Describa cómo participará la familia en la vida del menor. Incluye el plan de visitas a la residencia, reuniones en la comunidad, comunicaciones escritas y llamadas telefónicas, etc. Si el proveedor ayudará con estas visitas y contactos, describa la asistencia que se proporcionará, es decir: brindar transporte, asignar personal durante ciertos contactos, etc.