

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)		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Entiendo que la participación en este programa implica que se recogerá y se revisará la siguiente información de forma regular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El comportamiento de mi hijo; • El estrés familiar y • La participación de todos los miembros del equipo de apoyo, incluyéndome. <p>Entiendo que toda información personal se mantendrá bajo confidencialidad. Los informes sobre el programa no utilizarán nombres u otra información que nos pueda identificar.</p> <p>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.</p>			
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	