



DEVELOPMENTAL DISABILITIES ADMINISTRATION
Revisión periódica del Plan individual de servicio
Periodic Review of Individual Service Plan
(RCW 74.13.350)

TIPO DE AUDIENCIA/REVISIÓN Cuidado fuera del hogar continuado para un niño/joven con discapacidades del desarrollo			
FECHA Y HORA DE LA AUDIENCIA/REVISIÓN		FECHA DEL INFORME	PERÍODO DE INFORME a
INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN			
NOMBRE DEL NIÑO		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD NÚMERO DE CASO
RESIDENCIA DE LA COLOCACIÓN			
GRUPO ÉTNICO (MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN) <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro El niño es nativo americano de acuerdo al Adjunto A en el informe inicial del Plan de Servicio Individual con fecha del <input type="checkbox"/> Si. <input type="checkbox"/> No (Si el niño no es nativo americano, Indio, los siguientes informes pueden eliminar el Adjunto A)			
TIPO DE COLOCACIÓN Colocación voluntaria	FECHA DE AUDIENCIA(S) DE REVISIÓN PREVIA(S)	ESTADO LEGAL ACTUAL DEL NIÑO Custodia de: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro	
PRINCIPALES INVOLUCRADOS			
NOMBRE DE LA MADRE		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DE LA MADRE	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ABOGADO DE LA MADRE		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL ABOGADO DE LA MADRE	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL PADRE		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL PADRE	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL ABOGADO DEL PADRE (SI ES DIFERENTE A LA ANTES MENCIONADA)		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL ABOGADO DEL PADRE (SI ES DIFERENTE A LA ANTES MENCIONADA)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE DEL TUTOR AD LITEM		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL TUTOR AD LITEM	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL DE LA DDA		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL DE LA DDA	CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL FISCAL GENERAL ADJUNTO			

DISTRIBUCIÓN: Original - Tribunal Juvenil u otro cuerpo de revisión;

Copias - Archivo del caso, padre con la custodia, proveedor residencial, niño (mayor de 12 años), abogado del trabajador social, tutor ad litem

ANTECEDENTES DEL CASO

A. Fecha de inicio del episodio actual de colocación:

B. El niño fue colocado originalmente porque:

C. Las necesidades del niño/familia fueron originalmente identificadas como (considerar necesidades médicas, educacionales, ambientales, psicológicas, étnicas y culturales):

D. Los servicios originalmente ofrecidos y/o brindados para evitar la colocación (describa el resultado de los servicios preventivos ofrecidos y brindados. Si no se ofrecieron ni brindaron, explicar el motivo):

E. Fueron considerados recursos de colocación o se intentó buscar un ambiente menos restrictivo en el momento de la colocación original del niño fuera del hogar:

PLAN DEL CASO PARA UN NUEVO PERÍODO DE REVISIÓN (EXCEPTO COMO ESTÉ ENMENDADO POR UNA ORDEN JUDICIAL)

A. PLAN PERMANENTE PARA EL PRÓXIMO PERÍODO DE INFORME

- Volver al hogar Colocación con familiares Tutela familiar
 Tutela de padres sustitutos Acuerdo a largo plazo de cuidado suplente

Finalización tentativa del plan permanente actual, dependiendo de la acción, el progreso y la cooperación de las personas involucradas es:

RECOMENDACIONES - ESTADO LEGAL DEL NIÑO

Colocación voluntaria para continuar el cuidado fuera del hogar con custodia retenida de los padres.

B. RECOMENDACIONES - COLOCACIÓN

1. Paquete de servicio de manutención en el hogar porque:

2. Colocación fuera del hogar porque:

3. Analizar el tipo de colocación fuera del hogar recomendada y cómo la colocación propuesta descrita en B.2. arriba es menos restrictiva y queda lo más cerca posible del hogar de los padres y la escuela del niño, y es coherente con los mejores intereses y

necesidades especiales del niño.

RESUMEN DEL ESTADO SOCIAL

ANEXOS

- Anexo A respecto al estado de nativo americano
- Copia de RCW 74.13.350
- Acuerdo de colocación voluntaria
- Evaluación de la DDA
- Plan de crianza compartida
- IEP
- Otro:

PRESENTADO POR:

NOMBRE DEL TRABAJADOR SOCIAL DE LA ADMINISTRACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO (DDA)	FECHA
NOMBRE DEL SUPERVISOR DE LOS SERVICIOS DE COLOCACIÓN VOLUNTARIA DDA	FECHA

Copias brindadas a los padres:

- _____
MADRE _____ FECHA _____
- _____
PADRE _____ FECHA _____
- Copia enviada al proveedor certificado el _____