Reset Form

PLAN DE SEGURIDAD

Formulario del Estado 55644 (R / 8-19)
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS INFANTILES

INSTRUCCIONES:

1. *Desarrolle un plan de seguridad con la familia en cada situación en la que la seguridad del niño dependa de una acción acordada por el padre, el cuidador o el Equipo del Niño y la Familia (Child Family Team, CFT). Cargue el plan en el Portal de Administración para los niños de Indiana (MaGIK) y revíselo regularmente durante la intervención del Departamento de Servicios Infantiles (Department of Child Services, DCS). Desarrolle un nuevo plan de seguridad con la familia cuando los cambios en la seguridad, el riesgo o los factores de protección justifiquen una revisión. Para obtener información adicional, revise las políticas 4.19 Planificación de la Seguridad, 4.41 Dotación de personal de seguridad y 5.21 Planificación de la Seguridad para información adicional.*

   ***Nota**: Cuando los hermanos no están juntos o tienen diferentes necesidades de seguridad, considere si es apropiado crear planes de seguridad separados. Además, puede haber más de un (1) plan de seguridad activo cuando las necesidades de seguridad difieren de un entorno a otro o cuando diferentes cuidadores son responsables de garantizar la seguridad (por ejemplo, casos de violencia doméstica [Domestic Violence, DV] o de múltiples familias que viven en un [1] hogar).*

2. *Use formularios adicionales según sea necesario y complete los números de página en la parte superior derecha.*
3. *Pida a la familia que firme el plan de seguridad y entregue inmediatamente una copia a cada miembro incluido, y*
4. *Después de la aprobación del plan de seguridad, provea una copia firmada a la familia, a todas las partes responsables y a la corte (cuando haya participación de la corte).*

Fecha de inicio *(mes, día, año)*	Número de identificación MaGIK	Fecha *(mes, día, año)* y hallazgos de la evaluación de seguridad más reciente

¿Este plan de seguridad reemplaza un plan anterior? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, escriba la fecha del Plan de Seguridad anterior *(mes, día, año)*	Si hay más de un (1) plan de seguridad activo, asigne un título para diferenciarlo

¿Existe un plan de cuidado seguro para esta familia? ☐ Sí ☐ No aplica

Se ha tenido en cuenta la seguridad de los niños en cada uno de los ajustes indicados. *(Marque todas las opciones que correspondan.)*
☐ Visita de los padres o familiares ☐ Escuela ☐ Actividades extracurriculares o comunitarias ☐ Hogar o colocación

Tipo de Caso
☐ Evaluación ☐ AI ☐ CHINS en el hogar ☐ CHINS fuera del hogar ☐ Cierre del caso o de la evaluación (sin participación adicional de DCS)

***Nota:** Al seleccionar el cierre de caso o evaluación, el DCS y los proveedores de servicios de DCS contratados no deben figurar en el plan de seguridad, a menos de que exista un plan para que el servicio continúe sin la participación de DCS.*

Miembros Adultos del Hogar	Fecha de Nacimiento *(mes, día, año)*	Relación con el Niño/a	Miembros Menores del Hogar	Fecha de Nacimiento *(mes, día, año)*	Relación con el Niño/a

Factores de protección *(Los posibles factores de protección pueden estar alimentando el apego al niño, el conocimiento de la crianza y del desarrollo de los niños y jóvenes, la resiliencia de los padres, las conexiones sociales, los apoyos concretos y la competencia social y emocional del niño).*

Preocupaciones de seguridad identificadas

PLAN DE SEGURIDAD

Este plan debe tratar cada preocupación de seguridad identificada e incluir detalles relacionados con la seguridad de todos los miembros menores del hogar. También deben especificarse los detalles sobre qué se hará, quién lo hará y quién supervisará la actividad o acción. Se deben considerar los esfuerzos para garantizar la seguridad del niño en todos los ámbitos (por ejemplo, la escuela, las actividades extracurriculares, la colocación fuera del hogar, la colocación en el hogar y las visitas de los padres o familiares).

Nombre de Niño/a	Plan para Garantizar la Seguridad	Supervisado Por

NOTA: Cualquier preocupación relacionada con la seguridad del niño/a debe ser reportada inmediatamente a la línea directa de abuso infantil de Indiana 1-8000-800-5556.

FIRMAS

Firma del padre, la madre, o cuidador	Fecha *(mes, día, año)*	Firma del padre, la madre, o cuidador	Fecha *(mes, día, año)*
Firma de otro *(parentesco)*	Fecha *(mes, día, año)*	Firma de otro *(parentesco)*	Fecha *(mes, día, año)*
Firma de otro *(parentesco)*	Fecha *(mes, día, año)*	Firma de otro *(parentesco)*	Fecha *(mes, día, año)*
Firma del administrador de casos familiares (FCM)	Fecha *(mes, día, año)*	Firma del supervisor revisor del FCM	Fecha *(mes, día, año)*
Nombre escrito del FCM	Número de contacto ( )	Nombre escrito del supervisor del FCM	Número de contacto ( )

REVISIÓN CONTINUA DEL PLAN DE SEGURIDAD

(Si de una revisión de este plan de seguridad resultan modificaciones, se debe completar un nuevo plan.)

Firma del administrador de casos familiares	Fecha *(mes, día, año)*	Firma del supervisor revisor	Fecha *(mes, día, año)*
Firma del administrador de casos familiares	Fecha *(mes, día, año)*	Firma del supervisor revisor	Fecha *(mes, día, año)*
Firma del administrador de casos familiares	Fecha *(mes, día, año)*	Firma del supervisor revisor	Fecha *(mes, día, año)*