



**ACUERDO VOLUNTARIO DE CUIDADO COLABORATIVO ENTRE LOS ADULTOS JÓVENES Y EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS (DEPARTMENT OF CHILD SERVICES, DCS) VOLUNTARY COLLABORATIVE CARE AGREEMENT BETWEEN OLDER YOUTH AND THE DEPARTMENT OF CHILD SERVICES (DCS)**

Formulario del estado 56956 (R / 6-20)

**INSTRUCCIONES:**

Este Acuerdo Voluntario de Cuidado Colaborativo será válido siempre y cuando el adulto joven cumpla con los criterios de elegibilidad para el Programa de Cuidado Colaborativo (Collaborative Care, CC). El original permanece en el archivo del adulto joven y se entregarán ejemplares al joven, al abogado especial designado por el Tribunal (Court Appointed Special Advocate, CASA) o al tutor ad litem (Guardian ad Litem, GAL) (si corresponde) y al Tribunal. Para obtener mayor información, consulte las políticas: 11.18 Elegibilidad para el Cuidado Colaborativo ([11.18 Eligibility for Collaborative Care](#)) y 11.22 Acuerdo Voluntario de Cuidado Colaborativo ([11.22 Voluntary Collaborative Care \(CC\) Agreement](#)).

SECCIÓN I: DATOS DEMOGRAFICOS DEL JOVEN		
Nombre (apellidos, nombre e inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento (mes, día, año)
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)		
Número telefónico de casa ( )	Celular/otro número telefónico ( )	Correo electrónico
Condado de tutelaje		Condado de Servicios de Cuidado Colaborativo (residencia)

SECCIÓN II: ELEGIBILIDAD
<p>Esta sección describe los criterios de elegibilidad para participar en el cuidado colaborativo.</p> <p>Escriba sus iniciales en el espacio provisto para cada una de las siguientes declaraciones:</p> <p>_____ Entiendo que debo cumplir con <b>todos</b> los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debo tener al menos dieciocho (18) años de edad, pero menos de veintiún (21) años, y</li> <li>• Debo haber estado en un hogar de acogida temporal durante el mes antes de haber cumplido los dieciocho (18) años de edad.</li> </ul> <p>_____ Entiendo que debo cumplir con <b>al menos una (1)</b> de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estar inscrito en una institución de educación secundaria o en un programa que conduzca a una credencial equivalente, por ejemplo, un joven de dieciocho (18) años de edad o mayor que esté terminando la escuela secundaria o tomando clases de preparación para el Examen de Evaluación de Finalización de la Secundaria (Test Assessing Secondary Completion, TASC); o</li> <li>• Estar inscrito en una institución que imparta educación postsecundaria o vocacional, por ejemplo, un joven que esté inscrito a tiempo completo o parcial en una universidad o instituto de educación superior, o inscrito en una escuela vocacional o politécnico; o</li> <li>• Participar en un programa o actividad diseñada para promover la adquisición de empleo o eliminar las barreras a este, por ejemplo, un joven que esté en el programa Job Corps o asistiendo a clases de redacción de currículum y habilidades de entrevista o que trabaje con un proveedor de cuidado colaborativo en el programa Aptitudes para la Vida Independiente (Independent Living Skills); o</li> <li>• Trabajar un mínimo de ochenta (80) horas al mes, por ejemplo, un joven podría trabajar a tiempo parcial o completo, en uno (1) o más lugares de empleo; o</li> <li>• No estar en condiciones para realizar cualquiera de las actividades descritas anteriormente debido a una condición médica documentada.</li> </ul> <p>_____ Entiendo que seguiré optando a participar en el cuidado colaborativo, siempre y cuando cumpla al menos una de las condiciones anteriores.</p> <p>_____ Entiendo que debo proporcionar información sobre mi condición de elegibilidad al Departamento de Servicios para Niños (Department of Child Services, DCS) que puede incluir recibos de pago e información escrita sobre mi situación laboral y/o informe de calificaciones.</p>

SECCIÓN III: COLOCACIÓN Y SERVICIOS
<p>Escriba sus iniciales en el espacio provisto para la siguiente declaración:</p> <p>_____ He revisado las siguientes descripciones de los entornos tradicionales del sistema de acogida temporal y las colocaciones de vida independiente supervisada y, entiendo que viviré en uno de estos lugares bajo la colocación, el cuidado y la responsabilidad del DCS.</p>

<b>SECCIÓN III: COLOCACIÓN Y SERVICIOS (continuación)</b>			
<b>ENTORNO TRADICIONAL DEL SISTEMA DE ACOGIDA TEMPORAL:</b>			
Tipo de colocación	Responsabilidades de la agencia		
	Coordinador de Cuidado Colaborativo del DCS (3CM)	Proveedor de Servicios para el Adulto Joven (Older Youth Services, OYS)	Otro contratista
Hogar de acogida <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condado</li> <li>• Familiar</li> <li>• Ubicación sin licencia aprobada por el Tribunal</li> </ul>	Gestión de casos del Departamento de Servicios para Niños Supervisión de colocaciones Derivación y supervisión de servicios	Servicios de Vida Independiente	Derivación a otros servicios
Hogar de acogida <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agencia con licencia para la colocación de niños (Licensed Child Placing Agency, LCPA)</li> </ul>	Gestión de casos del DCS Derivación y supervisión de servicios	Servicios de Vida Independiente	Derivación a otros servicios que provee la LCPA <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de colocaciones</li> <li>• Gestión interna de casos</li> </ul>
Hogar grupal	Gestión de casos del DCS Derivación y supervisión de servicios	Servicios de Vida Independiente	Derivación a otros servicios que provee el hogar grupal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión de colocación</li> <li>• Gestión interna de casos</li> </ul>
Centro residencial de tratamiento o Institución de Cuidados para Niños (Child Caring Institution, CCI)	Gestión de casos del DCS Derivación y supervisión de servicios	Servicios de Vida Independiente	Derivación a otros servicios que provee la CCI: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de Vida Independiente (que comienzan a la edad de dieciséis [16] años)</li> <li>• Supervisión de colocaciones</li> <li>• Gestión interna de casos</li> </ul>
<b>COLOCACIONES DE VIDA INDEPENDIENTE SUPERVISADAS:</b>			
Tipo de colocación	Responsabilidades de la agencia		
	Coordinador de cuidado colaborativo del Departamento de Servicios para Niños (3CM)	Proveedor de Servicios para el Adulto Joven (Older Youth Services, OYS)	Otro contratista
Hogar anfitrión	Gestión de casos del DCS Supervisión de colocaciones Derivación y supervisión de servicios	Servicios de Vida Independiente <i>(solo los servicios derivados)</i>	Otros servicios derivados que provee el hogar anfitrión para adultos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de Vida independiente</li> <li>• Evaluación Ansell-Casey de Habilidades para la Vida (Ansell-Casey Life Skills Assessment, ACLSA)</li> </ul>
Apartamento o alojamiento compartido	Gestión de casos del DCS Derivación y supervisión de servicios	Servicios de Vida Independiente Supervisión de colocaciones y responsabilidad fiscal	Otros servicios derivados
Dormitorio universitario	Gestión de casos del DCS Supervisión de colocaciones Derivación y supervisión de servicios	Servicios de Vida Independiente <i>(solo los servicios derivados)</i>	Otros servicios derivados
Apartamento o vivienda propia	Gestión de casos del DCS Derivación y supervisión de servicios	Servicios de Vida Independiente Supervisión de colocaciones y responsabilidad fiscal	Otros servicios derivados

<b>SECCIÓN IV: ASIGNACIÓN JUDICIAL DEL ABOGADO ESPECIAL (CASA) O DEL TUTOR AD LITEM (GAL)</b>	
<b>Marque una opción:</b> <input type="checkbox"/> Sí, quiero que me asignen a un abogado especial designado por el tribunal o un tutor <i>ad litem</i> para mi caso de cuidado colaborativo. Solicito que el Tribunal designe a _____ como CASA o GAL para mi caso de cuidado colaborativo.	
Firma del abogado especial designado por el tribunal / tutor <i>ad litem</i>	Fecha de la firma (mes, día, año)
Nombre en letra de imprenta	
<input type="checkbox"/> No, no deseo que me asignen a un abogado especial designado por el Tribunal ni a un tutor <i>ad litem</i> para mi caso de cuidado colaborativo.	

### SECCIÓN V: DEL TRIBUNAL

Escriba sus iniciales en el espacio provisto para cada una de las siguientes declaraciones:

- \_\_\_\_\_ Entiendo que se llevarán a cabo audiencias formales para mi caso de cuidado colaborativo cada seis (6) meses.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que tengo el derecho de recibir notificación de estas audiencias.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que tengo el derecho de asistir a estas audiencias.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que tengo el derecho de presentar mis propios informes o documentos ante el Tribunal con respecto a mí caso de cuidado colaborativo.

### SECCIÓN VI: TÉRMINO DEL PROGRAMA DE CUIDADO COLABORATIVO

Escriba sus iniciales en el espacio provisto para cada una de las siguientes declaraciones:

1. Entiendo que mi participación en el programa de cuidado colaborativo terminará cuando ocurra cualquiera de las siguientes condiciones:  
\_\_\_\_\_ El día antes de que cumpla veintiún (21) años de edad.  
\_\_\_\_\_ Ya no cumpla con los requisitos de elegibilidad.  
\_\_\_\_\_ Firmo la Solicitud de Desestimación de Caso de Cuidado Colaborativo, Formulario del Estado 56005 ([Collaborative Care Case Request for Case Dismissal, State Form 56005](#)).
2. Entiendo que se puede iniciar un plan de treinta (30) días si no cumpla con los requisitos de elegibilidad continua, lo cual podría dar por terminado el Acuerdo Voluntario de Cuidado Colaborativo.
3. El Departamento de Servicios para Niños podrá dar por terminado el Acuerdo Voluntario de Cuidado Colaborativo en cualquiera de las siguientes eventualidades:  
\_\_\_\_\_ No presento documentación a mi Coordinador de Cuidado Colaborativo del Departamento de Servicios para Niños (3CM) cada tres (3) meses para confirmar que sigo siendo elegible para el cuidado colaborativo.  
\_\_\_\_\_ No cumpla con el plan de mi caso.  
\_\_\_\_\_ No cumpla con los requisitos de elegibilidad de cuidado colaborativo.  
\_\_\_\_\_ No aviso de algún cambio que afecte mi derecho a participar en el programa para el siguiente día laboral a dicho cambio.  
\_\_\_\_\_ Infrinjo cualquier norma de conducta que esté especificada en las Reglas o Políticas del DCS o en mi colocación de cuidado colaborativo.

#### **Reglas de conducta**

- El Departamento de Servicios para Niños espera una comunicación abierta y una divulgación completa.
  - Abstenerse de obtener o consumir sustancias ilegales.
  - Abstenerse de vender, distribuir o fabricar sustancias ilegales.
  - Abstenerse de participar en actividades delictivas o en cualquier acto ilegal.
  - Abstenerse de participar y ser acusado de un delito mayor o un delito menor.
  - Evitar ser encarcelado por un período de treinta (30) días o más.
  - Mantener visitas y contacto constantes y significativos con el coordinador de cuidado colaborativo del Departamento de Servicios para Niños (3CM) o el proveedor de Servicios para el Adulto Joven (OYS), de conformidad con la política de visitas y las normas de servicio del DCS.
  - Respetar el espacio personal y la propiedad ajena.
- \_\_\_\_\_ Abandono una colocación aprobada por el DCS par trasladarme fuera del estado del Indiana.
- \_\_\_\_\_ Me mudo de mi colocación aprobada de cuidado colaborativo sin notificarlo al DCS.
- \_\_\_\_\_ No me reúno, cara a cara, con mi coordinador 3CM al menos una vez al mes.
- \_\_\_\_\_ Si se presentan cargos penales de delito mayor en mi contra, puedo ser dado de baja del programa cuidado colaborativo.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que dichos cargos no necesariamente impiden que reciba los servicios voluntarios de vida independiente.

**SECCIÓN VII: PARTICIPACIÓN Y FIRMA – INGRESAR VOLUNTARIAMENTE EN EL PROGRAMA DE CUIDADO COLABORATIVO**

*Escriba sus iniciales en el espacio provisto para cada una de las siguientes declaraciones; escriba en letra de imprenta, firme y ponga la fecha en las casillas señaladas:*

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en entrar voluntariamente en el programa de cuidado colaborativo.

\_\_\_\_\_ Estoy de acuerdo en que se me coloque en un entorno tradicional de hogar de acogida o en una colocación de vida independiente supervisada, como se describe en este Acuerdo Voluntario de Cuidado Colaborativo, bajo la colocación, el cuidado y la responsabilidad del DCS.

\_\_\_\_\_ Este Acuerdo Voluntario de Cuidado Colaborativo entrará en vigor una vez emitida la orden judicial para el ingreso del adulto joven al programa de cuidado colaborativo.

Fecha de entrada en vigor (*mes, día, año*)

Firma del joven

Fecha de la firma (*mes, día, año*)

Nombre en letra de imprenta

Firma del coordinador 3CM

Fecha de la firma (*mes, día, año*)

Nombre en letra de imprenta