



**LA AUTORIZACIÓN PARA CONTACTOR DEL NIÑO FAMILIAR REUNION DEL EQUIPO (CFTM) MIEMBROS**  
**AUTHORIZATION TO CONTACT CHILD AND FAMILY TEAM MEETING (CFTM) MEMBERS**

Formulario del Estado 54523 (12-10)  
 DEPARTMENT OF CHILD SERVICES

Esta autorización es una entrega de información que otorga permiso para que un representante del Departamento de Servicios para Niños de Indiana (DCS por sus siglas en inglés) use la información de contacto para el propósito de invitar a los miembros potenciales del equipo a la CFTM. *Use autorizaciones adicionales según sea necesario.*

Nombre del padre, tutor o custodia	Relación con el niño	Número de teléfono ( )
Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)		Dirección electrónica
Nombre del padre, tutor o custodia	Relación con el niño	Número de teléfono ( )
Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)		Dirección electrónica

Yo/nosotros, como padres, tutores o custodias, autorizo/autorizamos a que se establezca una CFTM y a que se reúna con el personal del DCS sobre mi/nuestros niño(s):

Nombre del niño	Fecha de nacimiento (month, day, year)	Nombre del niño	Fecha de nacimiento (month, day, year)
Nombre del niño	Fecha de nacimiento (month, day, year)	Nombre del niño	Fecha de nacimiento (month, day, year)
Nombre del niño	Fecha de nacimiento (month, day, year)	Nombre del niño	Fecha de nacimiento (month, day, year)

Yo/nosotros autorizamos a que se estudie la información relacionada con el caso de .mif s) niño(s) en la CFTM. Yo/nosotros entendemos que cada miembro del equipo firmará un acuerdo de confidencialidad antes de participar en la reunión. Yo/nosotros designamos a las siguientes personas como miembros del equipo del niño y la familia.

Nombre	Relación con el niño	Número de teléfono ( )
Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)		Dirección electrónica
Nombre	Relación con el niño	Número de teléfono ( )
Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)		Dirección electrónica
Nombre	Relación con el niño	Número de teléfono ( )
Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)		Dirección electrónica
Nombre	Relación con el niño	Número de teléfono ( )
Dirección (número y calle, ciudad, estado, y código postal)		Dirección electrónica

Firma del padre, tutor o custodia	Fecha (mes, día, año)
Nombre impreso del padre, tutor o custodia	
Firma del padre, tutor o custodia	Fecha (mes, día, año)
Nombre impreso del padre, tutor o custodia	
Firma del testigo (si disponible)	Fecha (mes, día, año)
Nombre impreso del testigo	
Signature of DCS personnel	Date (month, day, year)
Printed name of DCS personnel	ICWIS case number