

Sección I Datos de identidad:

Nombre del caso:		Nro. del caso:		Nro. del incidente:	
Especialista de CPS:		Oficina de DCF:		Región/Condado:	
Un plan de prevención caduca a los 12 meses de estar abierto. Seleccione una de las siguientes opciones:					
1A. Completar para el plan de prevención inicial (más común) <input type="checkbox"/> Este es un plan de prevención inicial Introduzca la fecha de inicio de este plan: <i>Click or tap to enter a date.</i> Introduzca la fecha de finalización (12 meses desde la fecha de inicio): <i>Click or tap to enter a date.</i>		O	1B. Completar cuando los servicios se extienden más allá de los 12 meses del plan de prevención anterior <input type="checkbox"/> Esta es una extensión de un plan de prevención activa que sigue a un plan de prevención caducado Introduzca la fecha de inicio (utilice la fecha de finalización del plan anterior): <i>Click or tap to enter a date.</i> Introduzca la fecha de finalización (12 meses desde la fecha de inicio): <i>Click or tap to enter a date.</i>		
¿Es una modificación de un plan de prevención activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, añada la fecha de modificación: <i>Click or tap to enter a date.</i>		Razón de la modificación:			

Sección II Candidatura para determinación de cuidado

Determinar si el menor cumple los criterios para considerarse candidato a ser atendido			
Nombre del menor (incluya todos los menores en el hogar)	Candidato para atención		Motivo de la determinación de la candidatura (marque N/A si no se aplica a ese menor)
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A o describa:
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A o describa:
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A o describa:
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A o describa:
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A o describa:
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A o describa:

Sección III Estrategia de prevención:

El PPS remitirá a la familia a los servicios o programas de prevención indicados en este plan a: (Marque una) <input type="checkbox"/> Mantener al menor seguro en el hogar <input type="checkbox"/> Vivir temporalmente con un familiar cuidador hasta que el menor pueda volver con seguridad con sus padres/cuidadores, o <input type="checkbox"/> Vivir permanentemente con un familiar cuidador.
--

Sección IV Servicios/Programas de prevención de la Familia Primero:

Marque la casilla del servicio apropiado para identificar el servicio que la familia acepta recibir y que está disponible en el condado donde reside la familia. Indique todos los miembros de la familia, incluidos los menores, que participarán en el servicio. *NOTA: "Los miembros de la familia" pueden incluir a personas allegadas sin parentesco y a miembros de la familia extendida dentro o fuera de la unidad familiar. Utilice la nueva columna para añadir cualquier servicio/fecha actualizada si la familia acepta continuar con un nuevo servicio de Primero la Familia después de que el servicio inicial haya terminado.

(continúa en la siguiente página)

Servicio identificado / Agencia / (Código de datos)	“Miembro(s) de la familia” *véase la Nota en la casilla de la Sección IV	Se ha añadido un nuevo servicio:
Salud mental (FM01N) <input type="checkbox"/> Terapia de interacción entre padres e hijos/ PCIT/ Horizontes- (THP) <input type="checkbox"/> Terapia de interacción entre padres e hijos/ PCIT/ TFI/ (PCI) <input type="checkbox"/> Terapia multisistémica- MST/ CSI / (MST) <input type="checkbox"/> Tratamiento centrado en la familia -FCT / SFM/ (FCT) <input type="checkbox"/> Terapia familiar funcional - FFT / Cornerstones/ (FFT)		¿Se trata de un servicio nuevo o modificado? Fecha: Click or tap to enter a date.
Servicio identificado/Agencia/ (Código de datos)	“Miembro(s) de la familia” *véase la Nota en la casilla de la Sección IV	Se ha añadido un nuevo servicio:
Trastorno por consumo de sustancias (FS01N) <input type="checkbox"/> DCCCA Buscando la seguridad (MMT) <input type="checkbox"/> Programa de asistencia a padres e hijos -P-CAP/KCSL/ (PCA) <input type="checkbox"/> Buscando la seguridad / SFM / (SES)		¿Se trata de un servicio nuevo o modificado? Fecha: Click or tap to enter a date.
Desarrollo de destrezas de crianza de hijos (FI01N) <input type="checkbox"/> ABC/ Proyecto Eagle/Livewell/ (ABC) <input type="checkbox"/> Mentores de familias / CAPS/ (NPP) <input type="checkbox"/> Prevención de la acogida /FosterAdopt Connect/(FSP) <input type="checkbox"/> Familias saludables- HFA / Great Circle/ (HFB) <input type="checkbox"/> Familias saludables -HFA/ KCSL/ (HFA) <input type="checkbox"/> Padres como maestros - PAT/ KPATA/ (PAT)		¿Se trata de un servicio nuevo o modificado? Fecha: Click or tap to enter a date.
Kinship Navigator (Orientación sobre familiares) (FK01N) <input type="checkbox"/> Kin-TECH/ KLS / (NIT)		¿Se trata de un servicio nuevo o modificado? Fecha: Click or tap to enter a date.

Indique si hay niños en la familia que estén o hayan estado recientemente en tratamiento de salud mental, o si algún menor está en la lista de espera de un centro de tratamiento residencial psiquiátrico (PRTF). Esta información ayudará a coordinar los servicios.

Nombre del menor/joven	Nombre de la agencia que presta el servicio	Nombre del terapeuta o gestor de casos anterior/actual

¿Está algún niño/joven de los indicados arriba en una lista de espera de PRTF? No Se desconoce Sí. En caso afirmativo, añada el nombre del menor

Sección V FIRMAS (Inicial y actualizada)

	Participante:	Rol:	Fecha:
Firma inicial:			
Firma actualizada (plan modificado):			
Firma inicial:			

Firma actualizada (plan modificado):			
Firma inicial:			
Firma actualizada (plan modificado):			
Firma inicial:			
Firma actualizada (plan modificado):			

Distribución: Familia, Expediente del Caso, Proveedor de Family Family First, FACTS – FACTS Las instrucciones continúan en la página siguiente

Al introducir una prórroga para un plan de prevención (Sección I, 1B) en la pantalla de RESP:

- Cierre el Plan de Prevención anterior
- Cierre de la Candidatura para la atención relacionada con el plan de prevención anterior
- Cierre todos los servicios abiertos de Primero la Familia utilizando el código (SD) en el campo RespStatus
- Añada una nueva candidatura para la atención de este plan de prevención
- Vuelva a añadir los Servicios de Primero la Familia que se cerraron por prórroga, utilice la fecha de inicio del Plan de Prevención de la prórroga en el campo AchDt. RespInDt del servicio debe coincidir con la fecha de inicio del Plan de Prevención de la extensión.

