

Al especialista del DCF		Agencia Proveedora de Gestión de caso	
Fecha / Hora	Condado legal del menor		
<input type="checkbox"/> Liberación de custodia	<input type="checkbox"/> Inicial	<input type="checkbox"/> Copia corregida	<input type="checkbox"/> Ausente sin permiso oficial
<input type="checkbox"/> Traslado previsto	<input type="checkbox"/> Descanso	<input type="checkbox"/> Cambio de lugar	<input type="checkbox"/> Reincorporación
<input type="checkbox"/> Hospital		<input type="checkbox"/> Colocado en casa	
<input type="checkbox"/> En tránsito		<input type="checkbox"/> Disrupción	

SECCIÓN I

Nombre del menor	FECHA DE NACIMIENTO	
FACTS Cliente ID #	Nro. de caso FACTS	Nro. de caso judicial

SECCIÓN II

Personal asignada del proveedor	Número de teléfono del trabajador
---------------------------------	-----------------------------------

SECCIÓN III

Colocación anterior Nombre y dirección	De	A
Motivo del traslado		
Colocación suprimida	Tasa de supresión	Tasa adicional suprimida

SECCIÓN IV

Fecha de actual: <input type="checkbox"/> Colocación <input type="checkbox"/> Servicio	Nombre y dirección física del lugar		
Dirección postal del lugar			
Número de teléfono	Descanso / Hospitalización	Inicio	Fin
Nro. de caso CLARIS			
Código de acción de servicio FACTS			
Código fuente del servicio FACTS			

Menor no tiene hermanos en cuidados fuera del hogar

Notas:	
--------	--

<input type="checkbox"/> Nombre del distrito y de la escuela "Iguales"	
--	--

<input type="checkbox"/> Asiste a la misma escuela según instrucciones (SCO1N)	Razón por la que asiste a la misma escuela: <input type="checkbox"/> Misma escuela que antes de la colocación <input type="checkbox"/> Misma escuela con cambio de curso <input type="checkbox"/> Mudanza de padre/madre <input type="checkbox"/> Misma escuela que la colocación permanente (APA, PCA) <input type="checkbox"/> Misma escuela, IL <input type="checkbox"/> No cumple los criterios de la misma escuela <input type="checkbox"/> Aún no está en edad escolar
--	---

<input type="checkbox"/> Cambios de escuela

Nombre del distrito y la escuela que el menor abandona	
--	--

Nombre del distrito y la escuela al que el menor ingresa	
--	--

¿El joven (en acogida) ha dado a luz o ha sido padre alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

¿Está la criatura con él/ella?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
--------------------------------	--

¿Investigación ICWA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----------------------	---

¿Se aplica la ICWA?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
---------------------	---

Fecha verificada de determinación	
-----------------------------------	--

Si se aplica la ICWA, ¿se ha notificado legalmente a la tribu?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Nombre de la tribu	
--------------------	--

--

SECCIÓN V

Cese del pago mensual y/o cierre	Fecha	Cese del pago mensual y/o cierre	Fecha
<input type="checkbox"/> Devuelto a casa y liberado de la custodia del DCF		<input type="checkbox"/> Transferencia a KDOC	
<input type="checkbox"/> Devuelto a casa y NO liberado de la custodia del DCF		<input type="checkbox"/> Fecha de defunción del niño	

<input type="checkbox"/> Custodia y liberación de la custodia del DCF		<input type="checkbox"/> Liberado de la custodia del DCF - Emancipación	
<input type="checkbox"/> Adopción definitiva		<input type="checkbox"/> Liberado de la custodia del DCF- Viviendo con otro familiar	
<input type="checkbox"/> Transferencia al Tribunal Tribal		<input type="checkbox"/> Liberado de la custodia del DCF - Fugitivo	
<input type="checkbox"/> Cambio de sede (fecha de remisión al nuevo proveedor de CW/CBS)		<input type="checkbox"/> Liberado de la custodia del DCF- Transferido a otra agencia Razón:	
<input type="checkbox"/> Liberado de la custodia del DCF- Mientras está colocado en casa		<input type="checkbox"/> Dirección	
<input type="checkbox"/> Liberado de la custodia del DCF- Permanencia legal familiar SOUL			

SECCIÓN VI

Cambio de situación de los hermanos que permanecen en el hogar

Nombre de hermanos	FECHA DE NACIMIENTO	Número de identificación del cliente (si se conoce)	Añadir	Eliminar	Borrar	Fecha de entrada en vigor
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

