

AOO-CFCRB-16 Doc. Code: FRRB
 Rev. 6-19
 Página 1 de 2
 Estado de Kentucky
 Poder Judicial www.courts.ky.gov
 Caso Número: --J--
 Tribunal Distrito Circuito Familia
 Juez:



DETERMINACIONES Y RECOMENDACIONES
 COMITÉ DE REVISIÓN DE PARTES INTERESADAS
 COMITÉ DE REVISIÓN DEL CASO

Fecha de la revisión:
 Comité:
 Condado:
 DCBS #:
 FSW:
 Supervisor DCBS:
 GAL:
 CASA:

Atención Juez (*marque si es necesario*)

Nombre del Caso del DCBS: _____

EN LOS INTERESES DE: _____, un/una menor que ha estado en el Régimen de Acogida por ___ meses.

Motivo de la separación: Maltrato/Descuido Maltrato Descuido Dependencia Ilícito de menores

Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Raza

Madre/Progenitor(a) I: _____ Padre/Progenitor(a) II: _____

Paternidad establecida: Sí No Sin documentación

Fecha de ingreso en el régimen de acogida: _____ Fecha de la próxima revisión de permanencia: _____

Objetivo de permanencia: Regreso con los progenitores Adopción Colocación permanente con un familiar

Alojamiento permanente planificado Emancipación Tutela legal

Si el objetivo es la adopción, la fecha en la que se cambió el objetivo a adopción: _____

Número de colocaciones: _____ Colocación actual: Familiares Hogar de acogida Hogar de preadopción

Agencia privada de acogida (PCC) Otra _____

Planeamiento Simultáneo Sí No Sin documentación

El/la menor se encuentra colocado/a fuera del estado Sí No En caso afirmativo, nombre del estado _____

El/la menor se ha mudado más de 3 veces en los últimos 6 meses: Sí No

¿Régimen de acogida antes? Sí No Si afirmativo, última salida _____ Si afirmativo, Nº de veces anteriores _____

El caso del/de la menor se ha transferido Sí No Si afirmativo, ¿dónde? _____

El/la menor ha sido liberado/a Sí No Si afirmativo, indique la fecha y a quién _____

DETERMINACIONES:

- Se hicieron esfuerzos razonables para evitar la colocación. (**Primera revisión solamente**) Sí No
- El Gabinete ha hecho esfuerzos razonables para brindar servicios para posibilitar el regreso seguro del/de la menor al hogar.
 Sí No (**Emita esta determinación sólo si el objetivo durante cualquier parte de este período era el regreso al hogar**).
 2a. Renuncia a los esfuerzos razonables:
 Madre/progenitor(a) I: Sí No Fecha: _____ Padre/progenitor(a) II Sí No Fecha: _____
- Se han hecho esfuerzos razonables para colocar al/a la menor de manera oportuna y completar los pasos necesarios para finalizar el plan de permanencia. Sí No (**Esta determinación se refiere a objetivos que no sean el regreso al hogar**).
- Fecha del último plan del caso _____.
- El Gabinete está cumpliendo con el plan del caso y las órdenes judiciales. Sí No
 Si la respuesta es negativa, explique las inquietudes: _____
- La madre/progenitor(a) I está cumpliendo con el plan del caso y las órdenes judiciales. Sí No Parcialmente N/A
 Si la respuesta es negativa, explique las inquietudes: _____
- El padre/progenitor(a) II está cumpliendo con el plan del caso y las órdenes judiciales. Sí No Parcialmente N/A
 Si la respuesta es negativa, explique las inquietudes: _____
- El/La menor tiene hermanos/as Sí No En caso afirmativo, ¿está el/la menor con sus hermanos/as? Sí No
 Si no están juntos/as, ¿por qué? _____ Si el/la menor tiene hermanos/as, ¿se visitan? Sí No Sin documentación
- La colocación fuera del hogar sigue siendo necesaria. Sí No
- La colocación actual es la más apropiada y menos restrictiva. Sí No Sin documentación N/A

11. Se han hecho avances para eliminar la necesidad de colocación.

Madre/Progenitor(a) I Sí No Parcialmente N/A En caso negativo, explique _____

Padre/Progenitor(a) II Sí No Parcialmente N/A En caso negativo, explique _____

El Gabinete Sí No Parcialmente En caso negativo, explique _____

12. El plan actual es el más apropiado para el/la menor y está en su interés superior Sí No

Si la respuesta es negativa, ¿por qué? _____

13. El/la menor ha recibido capacitación para vivir de forma independiente. Sí No Sin documentación N/A

14. La fecha probable en la que el/la menor dejará el régimen de cuidados fuera del hogar es _____

Obstáculos para la permanencia (**Marque los que correspondan y explíquelos en las determinaciones**):

Trastorno del consumo de sustancias Problemas crónicos de salud mental Violencia intrafamiliar Sin techo

Encarcelado/a Retrasos en el proceso de terminación de la patria potestad (TPR por sus siglas en inglés)

Otro(s) retraso(s) sistémico(s) Otro: _____

Determinaciones del Comité:

Soluciones locales señaladas para superar los obstáculos (**Marque todas las que correspondan y explíquelas en las recomendaciones**):

Tratamiento para el trastorno del consumo de sustancias Tratamiento enfocado en el trauma Otros tratamientos de salud mental

Intervención/asesoramiento por violencia intrafamiliar Servicios de reunificación familiar Servicios de apoyo familiar/de alojamiento

El gabinete pedirá un cambio de objetivo/renuncia a los esfuerzos razonables El Gabinete completará el Resumen de la Presentación

El Gabinete presentará la petición de TPR Agilizar el proceso de apelación de TPR Otra: _____

Recomendaciones del Comité:

Partes Interesadas: _____
Nombre _____
impreso: _____

Comité de revisión del caso:
Nombre del/de la revisor(a): _____ Firma _____ Iniciales del/de la presidente _____ Próxima revisión ____/____/____