



**DEPENDENCY/** **DEPENDENCIA/**  
**NEGLECT OR ABUSE** **DESCUIDO O MALTRATO**  
**DISPOSITIONAL REPORT** **INFORME DE DISPOSICIÓN**

Nº de caso \_\_\_\_\_  
Tribunal [ ] Distrito [ ] Familia  
Condado \_\_\_\_\_  
División \_\_\_\_\_

El Gabinete para los Servicios de Salud y de la Familia, Departamento de Servicios Comunitarios, presenta al Juzgado el siguiente Informe de Disposición, el cual, según FCRPP 26, debe ser presentado siete (7) días antes de la audiencia de disposición.

EN LOS INTERESES DE: \_\_\_\_\_, UN(A) MENOR

Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza	Nº de Seguro Social

**Progenitores:**

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Dirección de la Madre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza	Nº de Seguro Social

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Dirección del Padre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza	Nº de Seguro Social

**I. Situación actual:** (por ejemplo, cómo están los/las menores, cómo están los padres, en qué tipo de colocación están los/las menores, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II. Historial del caso:** (¿Cuál es el historial del caso con el/la menor o la familia y la agencia?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. Estado actual del caso:** *(Si el/la menor NO ha sido separado/a del hogar, pase a la sección IV).*

1. Una descripción de los esfuerzos de la agencia estatal de servicios de protección de menores para evitar la separación del/de la menor del hogar:

---

---

---

---

---

---

---

---

2. Si el/la menor fue separado/a, una descripción de los esfuerzos de la agencia estatal de servicios de protección de menores para reunificar a la familia:

---

---

---

---

---

---

---

---

3. Si la agencia estatal de servicios de protección de menores recomienda la separación o la continuación de la colocación fuera del hogar, una explicación de por qué el/la menor no puede ser colocado/a de forma segura en el hogar:

---

---

---

---

---

---

---

---

4. Una descripción de cualquier esfuerzo para notificar y localizar a los progenitores ausentes:

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Identificación de todos los familiares o parientes ficticios a los que se ha contactado para la posible colocación del/de la menor y las razones por las que esos familiares o parientes ficticios no se recomiendan para la colocación:

---

---

---

---

---

---

---

---

6. El objetivo de permanencia y la duración recomendados:

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Información sobre la colocación de hermanos/as y plan de visitas entre ellos/as:

---

---

---

---

---

---

---

8. Una descripción de cualquier diferencia entre el plan del caso (fuera del hogar) de la agencia estatal de servicios de protección de menores y el informe de disposición:

---

---

---

---

---

---

---

9. Otras cuestiones sobre el estado actual: *(Descripción)*

---

---

---

---

---

---

---

**IV. Evaluación profesional:**

Recomendaciones:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Custodia de los menores:**

[ ] Recomendar que a \_\_\_\_\_ (*nombre específico del/de la menor*) se interne con el Gabinete como  
[ ] menor dependiente; o [ ] menor víctima de descuido o maltrato.

[ ] Recomendar que el caso siga siendo de no-separación.

[ ] Recomendar que la custodia temporal [ ] continúe con [ ] se cambie a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (*nombre específico de un(a) [ ] pariente [ ] colocación con un no-pariente*).

**Recomendaciones a los progenitores:**

**Madre:**

- Cooperar con el Gabinete.
  - Completar una evaluación de abuso de sustancias y seguir todas las recomendaciones para el \_\_\_\_\_.
  - Completar una evaluación de las habilidades de crianza y seguir todas las recomendaciones para el \_\_\_\_\_.
  - Completar una evaluación de violencia intrafamiliar y seguir todas las recomendaciones para el \_\_\_\_\_.
  - Otras: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Padre:**

- Cooperar con el Gabinete.
  - Completar una evaluación de abuso de sustancias y seguir todas las recomendaciones para el \_\_\_\_\_.
  - Completar una evaluación de las habilidades de crianza y seguir todas las recomendaciones para el \_\_\_\_\_.
  - Completar una evaluación de violencia intrafamiliar y seguir todas las recomendaciones para el \_\_\_\_\_.
  - Otras: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Departamento de Servicios Comunitarios (DCBS por sus siglas en inglés)

Fecha

Nombre -Trabajador(a) de Servicios Sociales (SSW por sus siglas en inglés)

Aprobado por

Información de contacto del/de la SSW

Fecha

**Distribución:**

- Expediente judicial
- Tutor ad litem
- Gabinete para los Servicios de Salud y de la Familia, o centro o agencia donde se colocó al/a la menor
- Todos los abogados del acta y/o los progenitores/custodios del/de la menor que no tienen representación legal