Departamento de Servicios Humanos de Arkansas
División de Servicios para Niños y Familias
Plan de Protección

Apellido: _____ **Número de referencia:** _____ **Fecha:** _____

Niños en el hogar (incluya la edad de cada niño): _____

_____

1) Haga una lista de los factores de seguridad identificados que presentan un peligro inmediato para la salud o bienestar físico (según aplique) de cada niño.

2) ¿Qué medidas se han tomado o se tomarán para proteger a cada niño en relación a los factores de seguridad identificados? Para cada acción incluya la persona responsable por dicha acción, cuándo ocurrirá dicha acción, duración y frecuencia.

3) ¿Cómo se supervisará el plan (frecuencia, duración, por quién, etc.)?

INFORMACIÓN IMPORTANTE ACERCA DE ESTE PLAN DE PROTECCIÓN

- La DCFS (División de Servicios para Niños y Familias) se involucra para ayudar a mantener a sus hijos seguros.
- Este Plan de Protección es un acuerdo para ayudar a garantizar que su hijo esté seguro.
- ***La firma de cada persona en este Plan de Protección significa que él o ella entiende y acepta este Plan de Protección.***
- Este Plan de Protección puede modificarse si se hacen necesarias medidas diferentes según determinación de la DCFS.
- ***Usted debe llamar inmediatamente al funcionario de la DCFS indicado abajo si en algún momento posterior usted decide o piensa que no puede seguir este plan.***
- Si esta plan no se sigue exactamente tal como está descrito arriba, la DCFS tomará las medidas apropiadas para asegurar que su hijo está seguro.

_____ _____
Firma del cuidador 1 Fecha

_____ _____
Firma de cuidador 2 (si aplica) Fecha

_____ _____
Otra firma (si aplica) Fecha

_____ _____
Firma del FSW (trabajador de servicios familiares) Fecha

Nombre del FSW (por favor en letra de imprenta): _____ Teléfono del FSW Nº:_____

☐ Aprobación del Supervisor del FSW recibida por teléfono

Nombre del Supervisor de FSW: _____ Fecha: _____ Hora: _____