

AOC-CFCRB-16 Doc. Code: FRRB
Rev. 9-24
Página 1 de 2
Estado de Kentucky
Poder Judicial www.kycourts.gov
Número de Caso: _____
Tribunal ☐ Distrito ☐ Circuito ☐ Familia
Juez: _____



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

Fecha de 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 ☐ Custodia permanente subvencionada ☐ 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 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 ____/____/____