

EN EL TRIBUNAL DEL CIRCUITO \_\_\_\_\_ CIRCUITO JUDICIAL  
EN Y PARA EL CONDADO \_\_\_\_\_, FLORIDA  
LEY DE FAMILIAS/ DIVISIÓN JUVENIL

EN EL INTERÉS DE: CASO NO.: \_\_\_\_\_

NIÑO(S) MENOR(ES)

---

**ESTUDIO SOCIAL DE REVISIÓN JUDICIAL/ ACTUALIZACIÓN DE PLAN DE CASO**

Esto también es una Revisión para Permanencia

**FECHA DE LA AUDIENCIA ACTUAL PARA REVISIÓN JUDICIAL:**

Fecha de la última audiencia de revisión judicial:

Fecha en que fue preparado este JRSSR (Reporte del Estudio Social de Revisión Judicial):

**I. Historia Judicial**

**A.** Fecha de ingreso de la Orden de Adjudicación:

**B.** Fecha de ingreso de la Orden Aceptando el Plan de Caso:

**C.** Fecha de entrada de la Orden de Disposición Final:

**II. Cambios significativos desde la última JR (Revisión Judicial):**

**III. Meta de Permanencia Primaria Actualmente Aprobado por el Tribunal**

Participante	Meta	Fecha Efectiva

**IV. Colocación Actual de los Niños:**

Nombre del Niño	Categoría de Servicio	Tipo de Servicio

**V. Resumen de Recomendaciones del Departamento:**

**AVISO A LOS PADRES:**

LA AUDIENCIA DE REVISIÓN JUDICIAL ES MUY IMPORTANTE. EN LA REVISIÓN JUDICIAL EL TRIBUNAL DECIDIRÁ SI REGRESARLES A SU(S) HIJO(S), O A OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA/NO-PARIENTES, DEJAR A SU(S) HIJO(S) EN CUIDADO DE ACOGIDA, O INICIAR LOS PROCEDIMIENTOS PARA CONSIDERAR LA ADOPCIÓN PARA SU(S) HIJO(S).

USTEDES TIENEN EL DERECHO DE OBTENER SU PROPIO ABOGADO PARA LA REVISIÓN JUDICIAL Y TODAS LAS AUDIENCIAS SUBSIGUIENTES. USTEDES TIENEN EL DERECHO DE SOLICITARLE AL TRIBUNAL QUE LE ASIGNEN UN ABOGADO SI USTEDES NO PUEDEN COSTEAR LA CONTRATACIÓN DE UN ABOGADO. ESTE

**DERECHO CONTINÚA EN CADA UNA DE LAS ETAPAS DEL PROCEDIMIENTO DE DEPENDENCIA, AÚN SI USTEDES ANTERIORMENTE RENUNCIARON A ESTE DERECHO.**

**VI. Partes/ Participantes del Plan de Caso:**

	, Madre		, Proveedor de Cuidado
	, Padre		Guardián ad litem
	, Padre		Consejero de Cuidado Familiar
	, Padre		Otro

**VII. Tareas del Plan de Caso**

**A. Progreso:**

► Nombre: Participante A	
Problema Identificado: Problema Identificado #1	
Resultado Conductual Medible Deseado: DMBO #1 para el Problema Identificado #1	
Tarea Específica: Tarea Específica #1 para Prob. Ident. #1	Fecha de Finalización para la Tarea Específica:
Cumplimiento de la Tarea: <input type="checkbox"/> Cumplimiento Sustancial <input type="checkbox"/> Cumplimiento Parcial <input type="checkbox"/> No Cumplimiento <input type="checkbox"/> No Aplicable	
Entrega de Servicio:	
Conclusión de la tarea y cómo se relaciona al resultado conductual medible deseado: <input type="checkbox"/> Logrado <input type="checkbox"/> Progreso Suficiente <input type="checkbox"/> Progreso Insuficiente	

► Nombre: Participante A	
Problema Identificado: Problema Identificado #1	
Resultado Conductual Medible Deseado: DMBO #1 para el Problema Identificado #1	
Tarea Específica: Tarea Específica #2 para Prob. Ident. #1	Fecha de Finalización para la Tarea Específica:
Cumplimiento de la Tarea: <input type="checkbox"/> Cumplimiento Sustancial <input type="checkbox"/> Cumplimiento Parcial <input type="checkbox"/> No Cumplimiento <input type="checkbox"/> No Aplicable	
Entrega de Servicio:	
Conclusión de la tarea y cómo se relaciona al resultado conductual medible deseado: <input type="checkbox"/> Logrado <input type="checkbox"/> Progreso Suficiente <input type="checkbox"/> Progreso Insuficiente	

**B. Motivo del Involucramiento de la Agencia:**

**C. Recursos y Barreras:**

1. Nivel de apoyo material y monetario proporcionado por los padres:
2. Asistencia proporcionada a los Padres de Acogida o Tutor Legal para tratar las necesidades del niño:
3. Honorarios establecidos y cobrados:
4. Barreras para lograr los resultados conductuales medibles deseados. Esto incluye el estado de cualquier búsqueda exhaustiva pendiente.

**D. Interacción Familiar:**

1. Frecuencia, resultados y duración de la visita del niño/padre/hermano, si hay, y la recomendación de la agencia para expansión o restricción de visitas futuras. Motivo para cualquier falta de cumplimiento.
2. Declaración del proveedor de cuidado actual con respecto a cualquier evidencia material que concierna el regreso del niño al (a los) padre(s).
3. Cambios a la composición del hogar desde la última revisión  Sí  No
4. Describa los cambios y el impacto en el hogar desde la última revisión:

**E. Recomendaciones del Trabajador de Caso al Tribunal:**

**F. Cumplimiento General:**

Participante	Fecha de Nacimiento	Cumplimiento General

**VIII. Metas de la Revisión Judicial:**

► Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento del Niño:	Identificador de Tarea de la FSFN (Red de Familias Seguras de la Florida):
Fecha de Adjudicación:	Tipo de Revisión:	
Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Apartado si está verificado en Administración de Persona [Person Management]	Representante Designado de la Tribu:	
Nombre de la Madre:		
Nombre del Padre (Biológico):		
Nombre del Padre (Legal):		
Nombre del Guardián/ Tutor Legal:		
Fecha de la última Dotación de Personal para la Permanencia:		
Fecha de la última Revisión Judicial:		
Fecha para la cual está prevista la próxima Audiencia de Permanencia:		
Meta de Permanencia del Niño actualmente aprobado por el tribunal:		
Meta Concurrente del Niño actualmente aprobado por el tribunal (si aplica):		
Si esta es la revisión Judicial inicial y no se ha alcanzado progreso suficiente para lograr la meta de permanencia, identifique los esfuerzos que se llevarán a cabo para implementar la meta de permanencia concurrente:		

<b>Colocación Actual</b>
¿Involucra el plan de caso del niño la colocación fuera del hogar?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha en que fue extraído el (la) niño(a) de su hogar:
Fecha de inicio de la colocación:
Tipo de colocación:
Espacio de tiempo que el niño lleva en la colocación actual (meses):
Espacio de tiempo de este Episodio de Extracción (meses):
¿Está colocado el niño con todos sus hermanos en cuidado fuera del hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A (El niño no tiene hermanos o no tiene hermanos en cuidado)
Describe el plan para colocar a los hermanos juntos o los motivos de la separación:
La colocación queda cercana al hogar del niño: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La colocación del niño toma en cuenta la cercanía a la escuela en la que el niño estaba inscrito al momento de la colocación. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La entrada al cuidado fuera del hogar ha resultado en un cambio en el entorno educacional: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La colocación sirve de apoyo al nivel de contacto con los padres que es considerado apropiado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
La colocación es el entorno menos restringido y más similar a la familia, consistente con los mejores intereses del niño y sus necesidades especiales: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información de apoyo concerniente a las declaraciones anteriores:
<b>Cuidado Residencial en Grupo</b>
¿Tiene el niño 11 años de edad o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿El niño ha estado bajo el cuidado de una familia de acogida licenciada durante 6 meses o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido trasladado el niño más de una vez mientras ha estado bajo el cuidado de una familia de acogida licenciada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Reúne el niño los criterios para las necesidades extraordinarias descritas en s.409.1676 (2)(a), de los Estatutos de la Florida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí para las cuatro preguntas anteriores, ¿ha sido evaluado el niño para la colocación en un cuidado residencial en grupo licenciado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si el niño no ha sido evaluado para la colocación en un cuidado residencial en grupo licenciado, explique el por qué no.
¿Recomendó la evaluación el cuidado residencial en grupo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la evaluación recomendó el cuidado residencial en grupo, ¿está el niño en cuidado de grupo residencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la evaluación recomendó el cuidado residencial en grupo, y el niño no está bajo un cuidado residencial en grupo, explique el por qué no lo está.
<b>Consideraciones de permanencia a los 12 meses (o 15 de 22 meses)</b>
<input type="checkbox"/> El niño ha sido colocado con un pariente apto y dispuesto.
Información de Apoyo:
<input type="checkbox"/> La revocación de la patria potestad/adopción no está en los mejores intereses del niño
Información de Apoyo:
<input type="checkbox"/> No se han llevado a cabo esfuerzos razonables para reunificar de manera segura al niño
Información de Apoyo:
<input type="checkbox"/> No existen motivos de TPR (Revocación de la Patria Potestad) involuntaria
Información de Apoyo:
<input type="checkbox"/> Esfuerzos razonables para prevenir la extracción o reunificar a la familia o para alcanzar la meta de permanencia

**Comment [TAS1]:** If the max placements service category (SERVICE\_TYPE.CD\_SRVC\_CTGRY) is (206,219,228,229,230,253,254) then we use the EPISODE.DT\_BGN else sort all records where the begin date (DT\_BGN) is greater than or equal to the Date of Latest Removal from Home and the service category is not (206, 219, 228,229, 230, 253, 254). Starting with the last placement check to see if the previous placement was with the same provider or if the providers are linked (EPISODE.ID\_BSNS), if it is continue checking and get the min DT\_BGN for that provider.

**Comment [TAS2]:** Pre-filled from Service Category of current OHP.

**Comment [TAS3]:** [(Current Date – Placement Begin Date)/30.42]; Round down

Información de Apoyo:	
<b>Cumplimiento del Decreto Rilya Wilson</b>	
¿Está el niño entre las edades de 3 y 6 años y bajo la supervisión del Departamento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha estado asistiendo el niño a la instalación de cuidado infantil diurno durante los 5 días a la semana requeridos o como de otra manera haya sido ordenado por el Tribunal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si no está asistiendo como es requerido, explique el número y los motivos para las ausencias con y sin excusas:	
Si ha habido lapsos en la asistencia del niño al centro de cuidado infantil diurno ¿proporcionó el centro de cuidado infantil diurno la debida notificación al Departamento o al proveedor de contrato? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si hubo dos ausencias consecutivas sin excusas o siete ausencias consecutivas con excusas reportadas, ¿se completó la visita de seguimiento requerida a la residencia del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Resultado de la visita o explicación de por qué no se llevaron a cabo las visitas:	
<b>Servicios de Vida Independiente (Aplica sólo para niños en cuidado licenciado de edades 13-17 años)</b>	
<input type="checkbox"/> El niño aún no tiene 13 años de edad o no está en cuidado de acogida licenciado.	
<input type="checkbox"/> El niño tiene 13+ años de edad y ha sido remitido para Vida Independiente.	Fecha de remisión:
Para un joven que haya alcanzado los 13 años de edad, pero que aún no tenga 18 años de edad, el nivel adecuado de preparación del joven para la adultez y para vivir independientemente:	
<input type="checkbox"/> Fue completada la Evaluación de Vida Independiente:	Fecha Completada:
Resultados de la evaluación de vida independiente, y cualquier otra necesidad o servicios específicos necesarios, y el estado de la entrega de servicios:	
<input type="checkbox"/> Dotación de personal para Vida Independiente completada:	Fecha Completada:
La información discutida en la dotación de personal requerida, incluyendo los servicios proporcionados y el progreso del joven hacia el desarrollo de habilidades de Vida Independiente:	
<b>Educación y Orientación Profesional:</b>	
<input type="checkbox"/> Asistiendo a una escuela de estudios superiores de 4 años, o universidad o escuela de estudios superiores comunitaria más universidad o una academia militar.	
<input type="checkbox"/> Recibiendo un grado post-secundario de dos años.	
<input type="checkbox"/> Obteniendo una carrera post-secundaria o un certificado técnico.	
<input type="checkbox"/> Iniciando empleo inmediato, incluyendo aprendizaje de un oficio después de haber completado un diploma de escuela secundaria o su equivalente o alistarse en el ejército.	
Progreso del joven y cualquier obstáculo que el joven enfrente para obtener su educación y orientación profesional:	
Se le ha proporcionado al tribunal un plan de caso actualizado que incluye información específica relacionada con los servicios de vida independiente que se le han proporcionado al joven desde su 13er cumpleaños, o desde la fecha en que el niño entró al cuidado de acogida. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene el niño 17 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
De ser así, al niño se le ha proporcionado lo siguiente:	
<input type="checkbox"/>	Una tarjeta del Medicaid vigente
<input type="checkbox"/>	Una copia certificada de su certificación de nacimiento
<input type="checkbox"/>	Una licencia de conducir válida o tarjeta de identificación de la Florida
<input type="checkbox"/>	Información relacionada a los beneficios de seguro de la Seguridad Social, de ser elegible el niño para tales beneficios
<input type="checkbox"/>	Una relación completa de los beneficios de la Seguridad Social e información acerca de cómo acceder a esos fondos si el niño ha recibido esos beneficios y están siendo consignados en un fideicomiso
<input type="checkbox"/>	Información y entrenamiento relacionados con las habilidades para presupuesto, habilidades para entrevistar, y habilidades de crianza
<input type="checkbox"/>	Toda la información pertinente relacionada con el Programa de Camino-a-la-Independencia, incluyendo, pero no limitándose a, los requisitos para ser elegible y los formularios necesarios para aplicar
<input type="checkbox"/>	Tiene una cuenta de banco abierta, o tiene la identificación necesaria para abrir tal cuenta, y

- se le han proporcionado las habilidades bancarias necesarias
- Información acerca de asistencia pública y cómo aplicar a ella
- Un entendimiento claro de dónde vivirá él o ella en su 18vo cumpleaños, cómo serán pagados sus costos de vida y en cuál programa educacional o en cuál escuela estará inscrito(a)
- Aviso del derecho de solicitar la continua jurisdicción del tribunal por 1 año después del 18vo cumpleaños del joven y con información de cómo conseguir acceso al tribunal
- Se le ha alentado a que asista a todas las audiencias judiciales de revisión que ocurran después de su 17mo cumpleaños

Si esta audiencia de Revisión Judicial se está llevando a cabo dentro del mes que inicia el período de 6 meses antes del 18vo cumpleaños del joven, cuando fue colocado en el cuidado de acogida licenciado, ¿se ha sometido ante el tribunal un plan que delinea la transición del joven a la adultez?  Sí  No

**Participación**

¿Fue notificado el niño sobre la audiencia?  Sí  No

Describe el plan del niño para participar en la audiencia :

Si el niño no asistirá indique el motivo:

Cumplimiento con las órdenes del tribunal:

Niño:

Proveedor de Cuidado:

**Esfuerzos Razonables**

Necesidad de servicios y esfuerzos para obtener servicios para satisfacer las necesidades especiales del niño:

Esfuerzos razonables de la agencia para finalizar el plan de permanencia vigente en estos momentos:

**IX. Información de Salud:**

<b>► Niño 1:</b>	
Nombre del Médico Primario:	
Dirección del Médico Primario:	
Otro Proveedor de Salud:	
Dirección del Otro Proveedor de Salud:	
Nombre del Proveedor Dental:	
Dirección del Proveedor Dental:	
Nombre del Profesional de Salud Mental:	
Nombre del Psiquiatra:	
Fecha de la última Evaluación Integral de Salud Conductual:	
<b>► Niño 2:</b>	
Nombre del Médico Primario:	
Dirección del Médico Primario:	
Otro Proveedor de Salud:	
Dirección del Otro Proveedor de Salud:	
Nombre del Proveedor Dental:	
Dirección del Proveedor Dental:	
Nombre del Profesional de Salud Mental:	
Nombre del Psiquiatra:	
Fecha de la última Evaluación Integral de Salud Conductual:	

<b>► Niño 1:</b>		Fecha de nacimiento del niño:
Médico/Profesional Médico:	Medicamento Recetado:	¿Es un Medicamento Psicotrópico? S/N
Fecha Recetada:	Fecha Detenida:	
<b>► Niño 2:</b>		Fecha de nacimiento del niño:
Médico/Profesional Médico:	Medicamento Recetado:	¿Es un Medicamento Psicotrópico? S/N
Fecha Recetada:		

**Medicamentos:**

**Diagnósticos, evaluaciones y/o tratamientos para el niño:**

<b>► Niño 1:</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Primera Fecha de Servicio:	Última Fecha de Servicio:
Otro Proveedor:	Tipo de Condición:
Tipo de Proveedor:	Tipo de Servicio:
Procedimiento:	
Diagnóstico:	
Descripción del diagnóstico, evaluación y/o tratamiento para el niño:	
<b>► Niño 2:</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Primera Fecha de Servicio:	Última Fecha de Servicio:
Otro Proveedor:	Tipo de Condición:
Tipo de Proveedor:	Tipo de Servicio:
Procedimiento:	
Diagnóstico:	
Descripción del diagnóstico, evaluación y/o tratamiento para el niño:	

**X. Información Actual de Educación:**

<b>► Niño 1:</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Nombre de la Escuela Actual:	Nivel de Grado Actual:
Fecha del Plan de Educación Individualizado actual del niño (si aplica):	Tipo de Programa Actual:
Dirección de la Escuela Actual:	
<b>► Niño 2:</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:
Nombre de la Escuela Actual:	Nivel de Grado Actual:
Fecha del Plan de Educación Individualizado actual del niño (si aplica):	Tipo de Programa Actual:
Dirección de la Escuela Actual:	

**Cronología de las Colocaciones Escolares y razón para el cambio de ambiente escolar:**

<b>► Niño 1:</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:	Fecha de Inicio:
Distrito Escolar:	Nombre de la Escuela:	Motivo del Cambio:
Tipo de Programa:		
Dirección de la Escuela:		
<b>► Niño 2:</b>	Fecha de Nacimiento del Niño:	Fecha de Inicio:

Distrito Escolar:	Nombre de la Escuela:	Motivo del Cambio:
Tipo de Programa:		
Dirección de la Escuela:		

**XI. Documentos Adjuntos a la Revisión Judicial:**

<b>Salud Médica/Mental</b>
<input type="checkbox"/> Expedientes médicos
<input type="checkbox"/> Expedientes de salud mental
<input type="checkbox"/> Registros de vacunación
<input type="checkbox"/> Expedientes dentales
<b>Plan(es) de Visita</b>
<input type="checkbox"/> Incluye a los padres, hermanos y abuelos (si aplica)
<b>Educación</b>
<input type="checkbox"/> Reportes de calificaciones
<input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizado (si aplica)
<input type="checkbox"/> Otros expedientes escolares
<b>Fideicomiso Maestro</b>
<input type="checkbox"/> Estado de Cuenta Trimestral de Contabilidad
<input type="checkbox"/> Aviso de Imposición de Honorarios y Derechos del Niño de Acogida Concerniente a los Beneficios Gubernamentales
<b>Otros</b>
<input type="checkbox"/> Derechos y Deberes
<input type="checkbox"/> Plan Fuera del Hogar (si es un niño en un episodio de extracción)
Motivo por el cual falte algún documento adjunto:

**PAGINA DE FIRMAS**

---

**Firma - Trabajador**

**Firmado en Fecha**

---

**Firma - Supervisor**

**Firmado en Fecha**

---

**Firma - Abogado**

**Firmado en Fecha**

---

