

**ATENCIÓN:** Este es un formulario electrónico disponible en FamLink. Esta versión de Word sólo debe usarse cuando FamLink no esté disponible.



DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES (DCYF)

**Plan de visitas**  
**Visit Plan**

FECHA	ID DEL PLAN DE VISITA
NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)	
NÚMERO DE FAX (Y CÓDIGO DE ÁREA)	
NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)	

NOMBRE DEL TRABAJADOR DE CA QUE HACE LA DERIVACIÓN	
CORREO ELECTRÓNICO DEL PERSONAL DEL DCYF	OFICINA DEL DSHS
NOMBRE DEL SUPERVISOR DEL DCYF	

**Tipo de visita**

- Tipo de visita:**  Visita padres-hijos  Visita de hermanos
- Método:**  En persona  Electrónico  En persona y electrónico
- Transporte:**  Con transporte  Sin transporte  Sólo transporte
- Tipo de proveedor:**  Contratado  Familiar / Cuidador adulto apropiado  Padre/madre de acogida
- Asistente de caso / pasante
- Voluntario  Otro
- Proveedor preferido:
- Motivo del plan / derivación:**  Inicial  Rederivación - el padre no se presentó o faltó a tres (3) visitas consecutivas
- Rederivación - se canceló el proveedor  Actualización - Cambios en el lugar, la frecuencia, la duración o el nivel de supervisión de la visita
- Reautorización – todas las visitas supervisadas cada tres (3) meses

**Nivel de supervisión**

- Sin supervisión**
- El padre o madre es el cuidador principal y puede demostrar la disposición y capacidad para cuidar del menor de manera segura durante toda la visita.
  - Todas las amenazas a la seguridad deben manejarse por medio del desarrollo de un plan de seguridad, si se indica.
- Monitoreada**
- Estar EN EL SITIO durante toda la visita;
  - Realizar revisiones periódicas en las que se pueda ver y escuchar la interacción entre padre y menor;
  - Estar listo para intervenir si es necesario.
- Supervisada**
- Tener una línea de visión directa y capacidad de escuchar al menor y a todas las partes en todo momento durante la visita.
  - El trabajador de servicio encargado de la visita debe acompañar al padre y a todos los menores al sanitario si alguno de ellos necesita usarlo.
  - Las visitas de hermanos son supervisadas a menos que el trabajador del DCYF indique lo contrario.

**Explique por qué las visitas no pueden ser sin supervisión. Describa todos los recursos explorados antes de seleccionar la supervisión contratada y el apoyo para transporte, y explique por qué no se puede usar un proveedor sin contrato.**

### Frecuencia y duración

¿Cuántas visitas por semana/mes? \_\_\_\_\_ veces por \_\_\_\_\_ ¿Cuánto debe durar cada visita? \_\_\_\_\_ horas

Visitas para pasar la noche aprobadas al \_\_\_\_\_ (fecha)

¿El tiempo de visita es negociable?

Sí

No; escriba el día y hora requeridos para la(s) visita(s):

Ordenadas por el tribunal de la siguiente manera:

### Menores que participan en las visitas

NOMBRE DEL MENOR / ID DE LA PERSONA	IDENTIFICACIÓN DEL CASO	FECHA ORIGINAL DE UBICACIÓN (por sus siglas en inglés, "OPD")	EDAD	GÉNERO	PESO DEL NIÑO (NECESARIO PARA SELECCIONAR EL ASIENTO DE AUTOMÓVIL)	ALERGIAS CONOCIDAS (SI LAS HAY, DETALLE LAS INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS A CONTINUACIÓN)
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido

### Padre / Tutor que participa en las visitas

NOMBRE	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO	IDIOMA PRINCIPAL	NECESITA INTÉRPRETE
				<input type="checkbox"/>

### Otros participantes aprobados para la visita

NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO

**Lugares aceptables para visitas**

Las visitas deben realizarse en el entorno menos restrictivo. Las oficinas de la DSHS deben reservarse para las familias de alto riesgo.

NOMBRE DEL LUGAR	DIRECCIÓN

**Instrucciones específicas para la visita**

**Identifique todas las condiciones especiales o restricciones para las visitas que se refieran a la salud y seguridad del menor, incluyendo:**

- Necesidades del desarrollo, alergias, necesidades médicas, restricciones de la dieta, etc.
- Comportamientos esperados de los padres durante las visitas, incluyendo las reglas de las visitas referentes a su cancelación, reprogramación, hora de llegada, etc.
- Especificar si los participantes en la visita tienen permitido salir al exterior durante una visita.
- Si la visita o contacto es por vía electrónica (Skype, FaceTime, visita carcelaria por video), proporcione suficiente información sobre el uso de la computadora o de otro dispositivo de comunicación.
- Si la visita se realiza en una institución correccional, proporcione información para obtener permiso para acompañar al menor visitando el sitio web del DOC en <http://www.doc.wa.gov> y seleccionando la pestaña "Family and Friends" ("Familia y amigos").

FIRMA DEL TRABAJADOR DEL CASO	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA
FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA	FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA