|  |
| --- |
| State_Seal3DEPARTMENT OF CHILDREN, YOUTH, AND FAMILIES (DCYF)**Plan de transición para menores que dejarán el cuidado****Transition Plan for Youth Exiting Care** |
| Este formulario se utiliza para elaborar un plan de transición para el joven durante la reunión de planificación conjunta a los 17.5 años de edad.El plan de transición tiene la intención de garantizar que el joven tenga un plan viable y cuente con la ayuda que necesita para prepararse para la vida después de dejar el cuidado de crianza. El plan debe incluir los diferentes elementos que se indican a continuación.* La reunión de personal debe ser dirigida por el joven, y el joven debe identificar a los participantes que deben ser invitados.
* El joven firmará para indicar que está de acuerdo con el plan y ha recibido los documentos indicados.
* Este formulario debe ser conservado por el trabajador social, y deben entregarse copias al joven y a los participantes (cuando resulte apropiado). Debe actualizarse cuando ocurran cambio en la planeación.
* Si un joven participa en un programa de vida independiente (IL, por sus siglas en inglés), el trabajador social también debe pedir al programa de IL los siguientes documentos y datos que tenga sobre el joven, y también invitar al proveedor de IL a participar en la reunión de personal para planeación conjunta.
 |
| **Información del joven** |
| NOMBRE DEL JOVEN | IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA | FECHA DE NACIMIENTO |
| DIRECCIÓN DEL JOVEN | NÚMERO DE TELÉFONO |
| CORREO ELECTRÓNICO DEL JOVEN | NOMBRE DEL CUIDADOR |
| [ ]  Actualmente participo en el programa de vida independiente. | NOMBRE DEL PROVEEDOR DE VIDA INDEPENDIENTE |
| **Reunión de planificación conjunta a los 17.5**  |
| PERSONA QUE CONDUCE LA REUNIÓN | FECHA DE LA REUNIÓN |
| PERSONAS ASISTENTES A LA REUNIÓN | FECHA PREVISTA PARA DEJAR EL CUIDADO |
| **Esperanzas y sueños para el futuro**  |
|  |
| **Temores e inquietudes sobre la salida del cuidado de crianza**  |
|  |
| **Objetivos educativos** |
| NOMBRE DE LA ESCUELA | FECHA PREVISTA DE GRADUACIÓN |
| GRADO ACTUAL | AÑO ESCOLAR | TIPO DE PROGRAMA |
| Mi plan educativo para cuando deje el cuidado de crianza es: |
| HEMOS HABLADO ACERCA DE[ ]  Cómo puedo participar en el programa de cuidado de crianza extendido (EFC, por sus siglas en inglés) para terminar mi educación secundaria y obtener un diploma o GED, o para asistir a la universidad o a un programa vocacional.[ ]  Cómo obtener y llenar mi solicitud para la universidad, un programa de educación vocacional u otro programa educativo o laboral. |
| TAREAS | PERSONA(S) DE APOYO | FECHA OBJETIVO DE CONCLUSIÓN |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Becas y asistencia financiera**  |
| SÍ | NO | N/A |  | FECHA |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | He solicitado asistencia financiera par mi educación ([www.FAFSA.ed.gov](http://www.FAFSA.ed.gov)) |  |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | He presentado una solicitud al programa de Vales para Educación y Capacitación (ETV, por sus siglas en inglés) ([www.independence.wa.gov](http://www.independence.wa.gov)) |  |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | He solicitado la Beca de los Gobernadores ([www.collegesuccessfoundation.org](http://www.collegesuccessfoundation.org)) |  |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | He solicitado la Beca de los Gobernadores ([www.collegesuccessfoundation.org](http://www.collegesuccessfoundation.org)) |  |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | He entregado un formulario de consentimiento para la beca *Passport to College Promise* al Consejo de Aprovechamiento Estudiantil de Washington (WSAC) en 917 Lakeridge Way SW, PO Box 43430, Olympia WA 98504 (la información y el formulario están en línea en <http://www.wsac.wa.gov/passport>). |  |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | He solicitado otras becas. |  |
| **Empleo / fuente de ingresos (incluyendo apoyos para la fuerza laboral y servicios de empleo)**  |
| ACTUALMENTE ESTOY TRABAJANDO | [ ]  Tengo un currículum actualizado. |
| Mi plan de empleo / fuente de ingresos cuando deje el cuidado de crianza es: |
| TAREAS | PERSONA(S) DE APOYO | FECHA OBJETIVO DE CONCLUSIÓN |
|  |  |  |
| **Vivienda (incluyendo apoyos y servicios)** |
| Mi situación de vivienda actual es: |
| Mi plan de vivienda para cuando deje el cuidado de crianza es: |
| HEMOS HABLADO ACERCA DE |
| SÍ | NO | N/A |  |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | Mi plan de vivienda si vivo en un dormitorio y el dormitorio cierra durante los recesos |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | Cómo solicitar vales de vivienda de la Sección 8 |
| **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | Cómo hacer una solicitud al Programa de Vivienda para Jóvenes Independientes (si corresponde) o a otros recursos de vivienda disponibles |
| TAREAS | PERSONA(S) DE APOYO | FECHA OBJETIVO DE CONCLUSIÓN |
|  |  |  |
| **Seguro de salud**  |
| Mi plan para tener seguro de salud cuando deje el cuidado de crianza es: |
|  SÍ NO [ ]  [ ]  Soy elegible para cobertura de MEDICAID HASTA LOS 26 y sé que necesitaré llamar al equipo MEDS TEAM para cuidado de crianza al teléfono 1-800-562-3022, ext. 15480 para proporcionar mi dirección postal y notificar mis cambios de domicilio. De esa manera me aseguraré de recibir mi tarjeta médica (Provider One). [ ]  [ ]  Sé quién es mi médico de atención primaria y cómo comunicarme a su consultorio para hacer una cita. [ ]  [ ]  Sé quién es mi dentista primario y cómo comunicarme a su consultorio para hacer una cita. [ ]  [ ]  Conozco mi historia clínica o cómo obtener acceso a mis registros. |
| TAREAS | PERSONA(S) DE APOYO | FECHA OBJETIVO DE CONCLUSIÓN |
|  |  |  |
| **Otras necesidades de salud (salud mental, abuso de sustancias, etc.)** |
| Mi plan para satisfacer mis necesidades de salud cuando deje el cuidado de crianza es: |
|  SÍ NO [ ]  [ ]  Sé quién es mi proveedor de salud mental y cómo comunicarme a su consultorio para hacer una cita. [ ]  [ ]  Sé cómo obtener acceso a servicios públicos de salud mental si los necesito. [ ]  [ ]  Sé cómo obtener acceso a servicios para abuso de sustancias si los necesito. |
| TAREAS | PERSONA(S) DE APOYO | FECHA OBJETIVO DE CONCLUSIÓN |
|  |  |  |
| **Oportunidades locales de contar con mentores y apoyos continuos**  |
| Mi plan para tener apoyo cuando deje el cuidado de crianza es: |
| TAREAS | PERSONA(S) DE APOYO | FECHA OBJETIVO DE CONCLUSIÓN |
|  |  |  |
| **Evaluación de Habilidades para la Vida de Casey (CLSA)** |
| FECHA DE LA ÚLTIMA CLSA | FECHA DE RECHAZO DE LA CLSA | NIVEL COMPLETADO | FECHA DEL ÚLTIMO PLAN DE APRENDIZAJE |
| **Me han entregado los siguientes documentos (si corresponde):**  |
| [ ]  Acta de nacimiento[ ]  Actas de defunción de los padres fallecidos[ ]  Órdenes de dependencia[ ]  Licencia de conducir[ ]  Registros educativos[ ]  Registros médicos[ ]  IEP o 504[ ]  Registros de vacunación[ ]  Documentos de delincuencia juvenil[ ]  Cambios del nombre legal[ ]  Carta comprobante de situación de dependencia (para asistencia financiera)[ ]  Tarjeta médica / Provider One | [ ]  Identificación oficial con fotografía[ ]  Otros documentos judiciales[ ]  Pasaporte[ ]  Registro del Servicio Selectivo (solo para varones)[ ]  Tarjeta del Seguro Social[ ]  Documentación de beneficios de SSI / SSA[ ]  Identificación estatal[ ]  Documentos de afiliación tribal[ ]  Identificación tribal[ ]  Documentos de ciudadanía, inmigración o naturalización en EE. UU.[ ]  Tarjeta del Registro de Votantes |
| **Comentarios generales**  |
|  |
| **Personas importantes en mi vida (personas con las que me mantengo en contacto)**  |
| NOMBRE | NÚMERO DE TELÉFONO | CORREO ELECTRÓNICO | PARENTESCO |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Acuerdos y firmas**  |
| Yo,  , participé en la elaboración de este plan de transición y Se me han entregado los documentos arriba indicados. **Hemos conversado acerca de:**[ ]  Servicios para la transición de vida[ ]  Información acerca de fideicomisos y activos financieros[ ]  Beneficios de SSI / SSA (si los hay)[ ]  Registro de Votantes[ ]  Cómo puedo participar en el programa de cuidado de crianza extendido (EFC, por sus siglas en inglés) para terminar mi educación secundaria y obtener un diploma o GED, o para asistir a la universidad o a un programa vocacional.[ ]  La importancia de mi participación en el nuevo requisito federal de la Base de Datos Nacional de Jóvenes en Transición (NYTD, por sus siglas en inglés) que hace seguimiento a los servicios para la vida independiente y sus resultados para los jóvenes en cuidado de crianza, y que incluye participar en las encuestas aplicadas por la NYTD a los 17, 19 y 21 años de edad. Para ver más información, visite: [www.facebook.com/WaStateNYTD](file:///%5C%5Cdshsfloly3001%5CFolderRedirect%24%5Cjollisa%5CDesktop%5CFiles%20From%20Millie%2002.09.2019%5C%2815%20Service%29%5C15-417%5Cwww.facebook.com%5CWaStateNYTD).[ ]  La importancia de tener un poder notarial duradero para atención médica, en el que se designe a otra persona para que tome decisiones sobre mi tratamiento médico en mi nombre en caso de que yo quede incapacitado y no pueda participar en dichas decisiones y no tenga un pariente que tome dichas decisiones o no quiera que un pariente que normalmente estaría autorizado para tomar dichas decisiones lo haga; esto incluye dónde encontrar el documento y cómo firmarlo. <http://www.uslivingwillregistry.com>.[ ]  La importancia de mantener una dirección postal segura para recibir documentos importantes o asistencia del DCYF.[ ]  La importancia de notificar los cambios de domicilio a la SSA (si corresponde).[ ]  Cómo obtener acceso a mis archivos y registros de la CA y durante cuánto tiempo se conservan.[ ]  Todas las necesidades adicionales que pueda tener para planear la transición si recibo servicios de educación especial o servicios por discapacidades del desarrollo (DDD).[ ]  Cómo obtener acceso a servicios como TANF, estampillas de alimentos, etc. mediante la oficina de servicios comunitarios de mi localidad.[ ]  Otros:  |
|  |
| FIRMA DEL JOVEN | FECHA |
| FIRMA EL ESPECIALISTA DE SERVICIO SOCIAL | FECHA |

**Los recursos anteriores también están disponibles en** [www.independence.wa.gov](http://www.independence.wa.gov)