

ACUERDO DE SERVICIO FAMILIAR

APELLIDO:	# DE CASO/REFERENCIA
FSS:	LOCALIDAD:
FECHA:	REVISADO:

REVISAR OBJETIVO PRIMARIO	
EVITAR ABUSO/ABANDONO	EVITAR REMOCIÓN

FORTALEZAS:
1.
2.
3.
NECESIDADES:
1.
2.
3.

PLAN DE SERVICIO				
OBJETIVO	SERVICIO	ACTIVIDADES TAREAS	PARTE RESPONSABLE	FECHA OBJETIVO:
<i>EJEMPLO: LOS PADRES APRENDERÁN ESTILOS ALTERNATIVOS DE DISCIPLINA QUE NO CAUSEN LESIONES AL NIÑO</i>	<i>EDUCACIÓN PARENTAL</i>	<i>INSCRÍBASE Y ASISTA A CLASES DE EDUCACIÓN PARENTAL EN EL YMCA</i>	<i>PADRES</i>	<i>3 MESES</i>

ACUERDO DE SERVICIO FAMILIAR

PLAN DE SERVICIO				
OBJETIVO	SERVICIO	ACTIVIDADES TAREAS	PARTE RESPONSABLE	FECHA OBJETIVO:

Este acuerdo **se revisará en 90 días** _____ (fecha) o antes, si lo solicita el departamento local, la familia o el proveedor de servicios.

Este **no** es un documento legalmente vinculante. Sin embargo, es:

___ Una declaración de necesidades de servicio mutuamente identificadas para el niño y su familia, acordada por la familia y el departamento local de servicios sociales y otros.

___ Una notificación para la familia acerca de los problemas de seguridad del niño y los servicios, actividades y tareas recomendados para proteger al niño, evitar abusos o abandonos futuros y fortalecer a la familia.

De ser aplicable:

___ En ausencia de servicios de prevención eficaces, el cuidado tutelar es el arreglo de vida para [nombre(s) del niño]: _____.

	Firma	Fecha
Padre/Cuidador		
Padre/Cuidador		
FSS		
Proveedor de servicio		
Otro		