|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | |  | **Informe del cuidador al tribunal**  **Caregiver’s Report to the Court** | | | |
| NOMBRE DEL NIÑO | NÚMERO DE CASO LEGAL | |
| FECHA DE AUDIENCIA | CONDADO CON JURISDICCIÓN LEGAL | |
| NOMBRE DEL CUIDADOR/PERSONA QUE PROVEE LA INFORMACIÓN | TRABAJADOR SOCIAL ASIGNADO AL NIÑO | |
| TIPO DE COLOCACIÓN  Familiar (parientes con o sin licencia y otras  colocaciones apropiadas)  Cuidado de crianza | PERÍODO COMO CUIDADOR DEL NIÑO    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Días/Meses/Años | |
| APOYOS PARA LA FAMILIA (Marque todas las opciones que correspondan).  Cuidado de crianza temporal  Disponible como apoyo para la familia  después de la reunificación  Disponible para brindar un hogar adoptivo o de tutela | PARTICIPACIÓN DEL MENOR CON EL TRIBUNAL  ¿Se invitó al niño o joven a participar en el tribunal?  Sí  No  Si contestó que no, explique | |
| **Instrucciones:**   * Los tribunales quieren escucharlo y su opinión es muy importante para ofrecer una visión más integral del niño o joven al tribunal. * Por favor conteste el formulario y envíelo por correo electrónico o correo postal o entréguelo en persona de 2 a 3 semanas antes de la audiencia al trabajador social asignado al niño o menor o a su tutor ad litem/CASA. * Puede incluir una fotografía del niño o joven (opcional). | | |
| **ASUNTOS** | | |
| **Sección 1: Actividades de bienestar y vínculos** | | |
| 1. Describa los intereses, los talentos y la participación en actividades y eventos extraescolares del niño o joven:      1. Describa los intereses, los talentos y la participación en actividades y eventos extraescolares que le interesarían al niño o joven, pero en los que NO puede participar:      1. Describa las interacciones del niño o joven con sus amigos, compañeros y hermanos:      1. Describa las interacciones del niño o joven con adultos positivos (como entrenadores, maestros, miembros de la iglesia, mentores, otros familiares): | | |
|  | | |
| **Sección 2: Cultura, comunidad e identidad racial** | | |
| 1. Describa cómo apoya los vínculos del niño o joven con su familia (por ejemplo, actividades culturales, mostrar fotografías, compartir un diario de comunicación, sostener una conversación basada en fortalezas sobre sus padres o familiares):      1. Describa cómo apoya los vínculos del niño o joven con su cultura (por ejemplo, información cultural, peinado, canto y baile, reuniones tradicionales, comidas, reuniones de justicia social):      1. ¿Hay algo que necesite para apoyar los vínculos del niño o menor con su familia, cultura o identidad racial? | | |
| **Sección 3: Tiempo en familia** | | |
| Tiempo en familia: El tiempo en familia es crucial para promover, fortalecer y sanar las relaciones entre padres e hijos y entre hermanos.   1. ¿Qué está funcionando bien con el tiempo en familia? Explique.      1. ¿El tiempo en familia está organizado de tal manera que provoca alguna dificultad al niño o joven? (Por ejemplo, por tener que faltar a eventos escolares o no poder participar en actividades extraescolares). Explique.      1. ¿Necesita apoyo para ayudar al niño o joven a superar las transiciones al iniciar y terminar el tiempo en familia? 2. ¿El niño o joven puede visitar a todos sus hermanos? Sí  No   Si contestó que sí, ¿con cuánta frecuencia?  Si contestó que no, explique. | | |
| **Sección 4: Salud emocional y conductual** | | |
| 1. Escriba todas sus inquietudes respecto a la salud o el bienestar emocional del niño o joven, incluyendo todas las inquietudes no resueltas sobre la salud y el bienestar del niño o joven.      1. ¿Existen obstáculos para resolver las inquietudes sobre la salud y el bienestar del niño o joven?      1. ¿Informó al trabajador social del DCYF y a los padres del niño o joven sobre sus problemas de salud o bienestar emocional?   Sí  No | | |
| **Sección 5: Médico y dental** | | |
| 1. Escriba todas las inquietudes sobre la salud (médica o dental) del niño o joven.      1. ¿Cómo ha incluido a los padres del niño en sus citas médicas y dentales?      1. ¿Informó al trabajador social del DCYF y a los padres del niño sobre los problemas de salud? Sí  No | | |
| **Sección 6: Educación (preescolar, Early Head Start, Head Start, escuela)** | | |
| 1. ¿El niño o joven asiste a la misma escuela a la que asistía originalmente? Sí  No  No estoy seguro 2. ¿El niño o joven ha cambiado de escuela desde la última revisión del tribunal? Sí  No 3. ¿El niño o joven tiene un plan de educación individualizado (IEP) o un plan 504? Sí  No 4. ¿El niño o joven tiene dificultades para trasladarse a la escuela? Sí  No 5. ¿El niño o joven tiene relaciones y amistades que sean importantes en la escuela? Sí  No 6. ¿El niño o joven se siente seguro en la escuela? Sí  No 7. Describa los logros, celebraciones y triunfos referentes a la educación del niño o joven. 8. Describa todas las inquietudes sobre la educación del niño o joven, incluyendo si tiene necesidades educativas que no se han abordado.      1. ¿Cómo se ha incluido a los padres en las actividades educativas y escolares del niño o joven?      1. ¿Informó al trabajador social del DCYF y a los padres del niño o joven sobre sus problemas educativos?  Sí  No | | |
| **Sección 7: Cambios en la colocación y regreso al hogar – si corresponde.** | | |
| Si el niño ha cambiado recientemente de colocación o si se planea una mudanza:  **Transiciones relacionadas con los cambios de colocación (por ejemplo, regreso al hogar o cambio de colocación), si corresponde.**   1. ¿Hay planeado un cambio de colocación próximo para el menor, o ha ocurrido uno recientemente?  Sí  No 2. ¿El niño o joven necesita apoyo para superar el cambio de colocación? Sí  No | | |
| **Sección 8: Información adicional** | | |
| 1. Describa cómo se encuentra el niño o joven en su hogar. ¿Qué apoyos adicionales necesita para cuidar a este niño o joven, si necesita alguno?      1. Escriba la información adicional que pueda ayudar a reunificar exitosamente al niño o joven con su familia: | | |
| NOMBRE DEL CUIDADOR EN LETRA DE MOLDE | | |
| FIRMA DEL CUIDADOR | | FECHA DE LA FIRMA |