|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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:///\\dshsfloly3001\FolderRedirect$\jollisa\Desktop\Files%20From%20Millie%2002.09.2019\(15%20Service)\15-417\www.facebook.com\WaStateNYTD).  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)