



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	
<input type="checkbox"/> 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				FECHA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He solicitado asistencia financiera par mi educación (www.FAFSA.ed.gov)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He presentado una solicitud al programa de Vales para Educación y Capacitación (ETV, por sus siglas en inglés) (www.independence.wa.gov)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He solicitado la Beca de los Gobernadores (www.collegesuccessfoundation.org)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He solicitado la Beca de los Gobernadores (www.collegesuccessfoundation.org)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He entregado un formulario de consentimiento para la beca <i>Passport to College Promise</i> 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).	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	He solicitado otras becas.	
Empleo / fuente de ingresos (incluyendo apoyos para la fuerza laboral y servicios de empleo)				
ACTUALMENTE ESTOY TRABAJANDO				<input type="checkbox"/> 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				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi plan de vivienda si vivo en un dormitorio y el dormitorio cierra durante los recesos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cómo solicitar vales de vivienda de la Sección 8	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soy elegible para cobertura de MEDICAID HASTA LOS 26 y sé que necesitare 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 asegurare de recibir mi tarjeta médica (Provider One).		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sé quién es mi médico de atención primaria y cómo comunicarme a su consultorio para hacer una cita.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sé quién es mi dentista primario y cómo comunicarme a su consultorio para hacer una cita.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento | <input type="checkbox"/> Identificación oficial con fotografía |
| <input type="checkbox"/> Actas de defunción de los padres fallecidos | <input type="checkbox"/> Otros documentos judiciales |
| <input type="checkbox"/> Órdenes de dependencia | <input type="checkbox"/> Pasaporte |
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir | <input type="checkbox"/> Registro del Servicio Selectivo (solo para varones) |
| <input type="checkbox"/> Registros educativos | <input type="checkbox"/> Tarjeta del Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Registros médicos | <input type="checkbox"/> Documentación de beneficios de SSI / SSA |
| <input type="checkbox"/> IEP o 504 | <input type="checkbox"/> Identificación estatal |
| <input type="checkbox"/> Registros de vacunación | <input type="checkbox"/> Documentos de afiliación tribal |
| <input type="checkbox"/> Documentos de delincuencia juvenil | <input type="checkbox"/> Identificación tribal |
| <input type="checkbox"/> Cambios del nombre legal | <input type="checkbox"/> Documentos de ciudadanía, inmigración o naturalización en EE. UU. |
| <input type="checkbox"/> Carta comprobante de situación de dependencia (para asistencia financiera) | <input type="checkbox"/> Tarjeta del Registro de Votantes |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta médica / Provider One | |

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.
- 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