Iowa Department of Human Services

**Family Team Decision-Making (FTDM) Meeting Notes**

**Family’s Plan**

**(Notas de la reunión para la toma de decisiones en equipo familiar)**

**(Plan Familiar)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datos del caso** | | |
| Nombres de los menores | | |
| Nombre del padre/madre/tutor | Nombre del padre/madre/tutor/sin la custodia | |
| Fecha de reunión de la FTDM     de  de | Nombre del mediador | Autorización Nº. |
| Fecha y hora de la próxima audiencia judicial     de de | Tipo de audiencia | |

|  |
| --- |
| **Resultados esperados de la reunión** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Áreas del Funcionamiento Familiar** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bienestar de los menores** (cosas a considerar) | | |
| * Salud física y mental * Conducta * Relación con los pares | * Rendimiento escolar * Motivación/cooperación para permanecer con la familia | * Relación con los hermanos * Apoyo/asistencia |
| **FORTALEZAS:** | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **NECESIDADES:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OBJETIVO FAMILIAR/DE DHS:** |

|  |
| --- |
|  |

| **QUIÉN:** | Acuerda hacer **QUÉ:** | Para **CUÁNDO:** | **FECHA** Finalizado/Modificado |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | de de |
|  |  |  | de de |

This text won’t print. To add more than one extra row to the above table, place cursor in the far right cell below and hit tab.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacidades de los padres** (cosas a considerar) | | |
| * Supervisión de los menores * Salud mental * Apoyo/asistencia informal | * Prácticas disciplinarias * Salud física | * Desarrollo/enriquecimiento * Consumo de drogas/alcohol |
| **FORTALEZAS:** | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **NECESIDADES:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OBJETIVO FAMILIAR/DE DHS:** |

|  |
| --- |
|  |

| **QUIÉN:** | Acuerda hacer **QUÉ:** | Para **CUÁNDO:** | **FECHA** Finalizado/Modificado |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | de de |
|  |  |  | de de |

This text won’t print. To add more than one extra row to the above table, place cursor in the far right cell below and hit tab.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Seguridad familiar** (cosas a considerar) | | |
| * Maltrato físico * Negligencia | * Abuso sexual * Violencia doméstica | * Maltrato emocional |
| **FORTALEZAS:** | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **NECESIDADES:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OBJETIVO FAMILIAR/DE DHS:** |

|  |
| --- |
|  |

| **QUIÉN:** | Acuerda hacer **QUÉ:** | Para **CUÁNDO:** | **FECHA** Finalizado/Modificado |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | de de |
|  |  |  | de de |

This text won’t print. To add more than one extra row to the above table, place cursor in the far right cell below and hit tab.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Interacciones familiares** (cosas a considerar) | |
| * Vínculos afectivos con los hijos * Expectativas con respecto a los hijos * Planificación de interacciones familiares | * Relación entre los padres/tutores * Apoyo mutuo entre los integrantes de la familia * Planificación simultánea |
| **FORTALEZAS:** | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **NECESIDADES:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OBJETIVO FAMILIAR/DE DHS:** |

|  |
| --- |
|  |

| **QUIÉN:** | Acuerda hacer **QUÉ:** | Para **CUÁNDO:** | **FECHA** Finalizado/Modificado |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | de de |
|  |  |  | de de |

This text won’t print. To add more than one extra row to the above table, place cursor in the far right cell below and hit tab.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Durante una reunión del equipo familiar, se desarrolla por escrito, o se reevalúa, el *Plan de Interacciones Familiares* correspondiente a un menor que ha sido reubicado fuera de su hogar, el cual es personalizado para satisfacer las necesidades de seguridad de la familia, con el fin de que las interacciones familiares comiencen lo antes posible después de la remoción. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Entorno familiar** (cosas a considerar) | | |
| * Vivienda estable * Alimentación/nutrición * Transporte | * Seguridad en la comunidad * Administración económica * Contexto educativo | * Habitabilidad de la vivienda * Higiene personal * Ingresos/empleo |
| **FORTALEZAS:** | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **NECESIDADES:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OBJETIVO FAMILIAR/DE DHS:** |

|  |
| --- |
|  |

| **QUIÉN:** | Acuerda hacer **QUÉ:** | Para **CUÁNDO:** | **FECHA** Finalizado/Modificado |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | de de |
|  |  |  | de de |

This text won’t print. To add more than one extra row to the above table, place cursor in the far right cell below and hit tab.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Otros** (Comente sobre la planificación simultánea o los objetivos de permanencia, temas relacionados con pactos interestatales, factores culturales del menor y su familia, barreras idiomáticas, o si corresponde aplicar la Ley *Indian Child Welfare*, etc.) |
| **FORTALEZAS:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **NECESIDADES:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OBJETIVO FAMILIAR/DE DHS:** |

|  |
| --- |
|  |

| **QUIÉN:** | Acuerda hacer **QUÉ:** | Para **CUÁNDO:** | **FECHA** Finalizado/Modificado |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | de de |
|  |  |  | de de |

This text won’t print. To add more than one extra row to the above table, place cursor in the far right cell below and hit tab.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Plan en caso de crisis** |

Explique qué se hará si parte del plan fracasa y se produce una crisis.

| **Riesgo identificado y acciones para resolverlo:** | Para **CUÁNDO:** | **Finalizado/Continúa** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Firmas y Notificaciones** |

| Miembros del equipo invitados | Rol | Información de contacto | Asistió |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |
|  |  |  | Sí  No |

De ser necesario, utilice otra hoja para las firmas.