|  |
| --- |
| **FORTALEZAS DE LOS JÓVENES Y LA FAMILIA: (Recursos para la familia y los jóvenes)** |
|  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Necesidad: | | Resultado esperado: | | |  | |  | | | *Servicio o apoyo* | *Tarea y quién la asignó* | *Fecha para completar la tarea* | *¿Se necesita financiación?* | |  |  |  |  | | *Servicio o apoyo* | *Tarea y quién la asignó* | *Fecha para completar la tarea* | *¿Se necesita financiación?* | |  |  |  |  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Necesidad: | | Resultado esperado: | | |  | |  | | | *Servicio o apoyo* | *Tarea y quién la asignó* | *Fecha para completar la tarea* | *¿Se necesita financiación?* | |  |  |  |  | | *Servicio o apoyo* | *Tarea y quién la asignó* | *Fecha para completar la tarea* | *¿Se necesita financiación?* | |  |  |  |  | |
|  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Necesidad: | | Resultado esperado: | | |  | |  | | | *Servicio o soporte:* | *Tarea y quién la asignó:* | *Fecha para completar la tarea* | *¿Se necesita financiación?* | |  |  |  |  | | *Servicio o soporte:* | *Tarea y quién la asignó:* | *Fecha para completar la tarea* | *¿Se necesita financiación?* | |  |  |  |  | |
|  |
| **SI SE SOLICITAN FONDOS DE LEY DE SERVICIOS COMPREHENSIVOS PARA ALGUNOS DE LOS SERVICIOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, REVISE ESTOS PUNTOS IMPORTANTES:** |
| * *Los servicios que se están solicitando son los menos restrictivos y los más rentables dentro de lo posible.* * *Se analizarán y utilizarán todas las fuentes de financiación antes de solicitar financiación a CSA.* * *Se analizará y utilizará financiación de Medicaid para los servicios antes de solicitar financiación a CSA.* * *Se informará a los padres acerca del requisito de copago para cualquier servicio financiado por CSA.* * ***Me negué a que un representante de apoyo para padres asistiera a la reunión.*** |
| **Participantes del equipo: *Mi firma a continuación indica mi presencia y participación en el desarrollo de nuestro plan de acción. Comprendo y acepto cooperar con la implementación del plan de acción.*** |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Nombre en letra de imprenta: | Firma | Agencia/función | Fecha de firma | Reunión a la que asistió | Correo electrónico  *(\*opcional)* | Teléfono | |  |  | Menor |  |  |  |  | |  |  | Padre/madre/tutor |  |  |  |  | |  |  | Padre/madre/tutor |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | | Después de participar activamente en la reunión e intentar llegar a un acuerdo, hablando abiertamente de las áreas de desacuerdo, no puedo aceptar este plan. Proporcionaré un resumen escrito de los motivos de mi desacuerdo a la familia y al administrador del caso a la brevedad. | | | | | | | |
| **¿Cuándo es la próxima reunión?** |
| **¿Quién debe participar en la siguiente reunión? (Indique también el nombre y la información de contacto  de las personas que no asistieron a la reunión de hoy y que deben estar presentes en la próxima).** |
| *\*\*Se distribuirá una copia a todos los asistentes en el momento de la reunión.* |