

**Convenio y plan para la transición a una vida independiente**

Joven: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Instrucciones para el joven:** El propósito de este convenio es captar las metas que tú acuerdas lograr durante los próximos 6 meses. Es una buena herramienta de organización para ayudarte a permanecer enfocado y seguir tu progreso hacia la realización de cada meta. Tu trabajador social/oficial encargado de la libertad condicional (*probation*) y tu proveedor de cuidado también tendrán copias de este convenio y te ayudarán a lograr tus metas.

**Instrucciones para el proveedor de cuidado:** Usted acuerda ayudarle al joven en el desarrollo de sus metas respecto al Programa de Vida Independiente (ILP) y apoyarlo en completar las actividades.

**Instrucciones para el trabajador social/oficial encargado de la libertad condicional:** Usted acuerda ayudarles al joven y al proveedor de cuidado a completar este formulario, y desarrollar servicios que se planeen, los cuales le ayudarán al joven a alcanzar sus metas. Documente en el Sistema para la Administración de Casos/Servicios para el Bienestar de los Niños (CWS/CMS) los servicios que se planeen y se proporcionen. Oficiales encargados de la libertad condicional: Usen procedimientos manuales para la documentación.

Actividades y metas respecto a los servicios que se van a tratar en el plan:

Las metas son individualizadas, están basadas en tu evaluación, y es posible que incluyan ejemplos tales como:

- desarrollar una conexión con un adulto que te apoye toda la vida
- graduarse de la preparatoria (*high school*)
- obtener un trabajo de tiempo parcial
- invertir ahorros del trabajo de tiempo parcial
- desarrollar conexiones comunitarias
- obtener una beca para asistir a la universidad
- desarrollar suficiencia en la siguiente habilidad vital: \_\_\_\_\_

Las actividades son individualizadas para ayudar a alcanzar alguna meta específica. Ejemplo – si una de las metas es graduación de la preparatoria, la actividad dirigida por el joven pudiera ser asistir a las clases regularmente sin llegar tarde durante los próximos 6 meses.

Para los jóvenes que participan en los servicios de ILP, las actividades se reportan en CMS como servicios de ILP proporcionados. El trabajador social seleccionará uno o más de los siguientes tipos de servicios de ILP al que corresponda la actividad individualizada completada:

- recibo de una evaluación de necesidades bajo ILP
- consejos bajo ILP
- educación bajo ILP
- educación después de la preparatoria bajo ILP
- asistencia financiera para la educación bajo ILP
- consejos sobre carreras/empleos bajo ILP
- entrenamiento laboral/vocacional bajo ILP
- manejo del dinero bajo ILP
- habilidades del consumidor bajo ILP
- cuidado de la salud bajo ILP
- asistencia económica para la comida y alojamiento bajo ILP
- vivienda transicional bajo ILP: THP\*, THP-Plus\*\*
- administración del hogar bajo ILP
- manejo del tiempo bajo ILP
- habilidades para ser un padre/madre bajo ILP
- habilidades interpersonales/sociales bajo ILP
- otra clase de asistencia financiera bajo ILP
- transporte bajo ILP
- otro servicio (estipendios/incentivos) bajo ILP

- Entiendo que si tengo trabajo como parte de este plan, no se tomarán en consideración mis ingresos ganados ya que el propósito de mi empleo es adquirir conocimiento de las habilidades, hábitos, y responsabilidades que se necesita para mantener un empleo. (Sección 11008.15 del W&IC\*\*\*)
- Entiendo que, bajo este plan, puedo retener ahorros en efectivo de hasta \$10,000 en una cuenta de ahorros asegurada, que para sacar dinero de la cuenta, mi trabajador social/oficial encargado de la libertad condicional tiene que dar su aprobación por escrito, y que el dinero tiene que ser usado para propósitos directamente relacionados a mis metas transicionales. (Sección 11155.5 del W&IC )
- Entiendo que recibiré ayuda para obtener mis documentos personales e información sobre asistencia económica para la educación/entrenamiento después de la preparatoria. (Sección 16001.9 del W&IC)

\*Programa de Viviendas Transicionales

\*\*vivienda transicional para menores emancipados

\*\*\*Código de Bienestar Público e Instituciones

## Convenio y plan para la transición a una vida independiente

Joven: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador encargado del caso: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajador encargado del caso: \_\_\_\_\_

Período de 6 meses para TILP\*: de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_. Fecha en que se completó la evaluación de necesidades para una vida independiente: \_\_\_\_\_

- Si no he participado en ILP antes, estoy de acuerdo en participar ahora.
- Basándose en la evaluación de mi nivel de funcionamiento, las siguientes metas y actividades transicionales satisfacen mis necesidades actuales.

Meta	Actividad	Partes responsables	Fecha de cumplimiento que se planea	Progreso y fecha
Meta #1:				<input type="checkbox"/> Alcanzó la meta Fecha _____ <input type="checkbox"/> Progreso satisfactorio <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ayuda <input type="checkbox"/> Meta necesita modificación
Meta #2:				<input type="checkbox"/> Alcanzó la meta Fecha _____ <input type="checkbox"/> Progreso satisfactorio <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ayuda <input type="checkbox"/> Meta necesita modificación
Meta #3:				<input type="checkbox"/> Alcanzó la meta Fecha _____ <input type="checkbox"/> Progreso satisfactorio <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ayuda <input type="checkbox"/> Meta necesita modificación
Meta #4:				<input type="checkbox"/> Alcanzó la meta Fecha _____ <input type="checkbox"/> Progreso satisfactorio <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ayuda <input type="checkbox"/> Meta necesita modificación

Este convenio se actualizará en: \_\_\_\_\_ Actualización # \_\_\_\_\_

**El firmar este convenio significa que trabajaremos todos juntos para completar los pasos necesarios para ayudarle al joven a lograr sus metas.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del joven*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del proveedor de cuidado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del trabajador social/oficial encargado de la libertad condicional*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\*plan para la transición a una vida independiente