



WILL LIGHTBOURNE
DIRECTOR

STATE OF CALIFORNIA—HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

744 P Street • Sacramento, CA 95814 • www.cdss.ca.gov



EDMUND G. BROWN JR.
GOVERNOR

REASON FOR THIS TRANSMITTAL

Court Order

October 21, 2011

ALL COUNTY INFORMATION NOTICE (ACIN) I-72-11

TO: ALL COUNTY WELFARE DIRECTORS
ALL CHIEF PROBATION OFFICERS
ALL FOSTER CARE MANAGERS
ALL INDEPENDENT LIVING PROGRAM COORDINATORS
ALL CHILD WELFARE SERVICES PROGRAM MANAGERS
ALL TITLE IV-E AGREEMENT TRIBES
ALL COUNTY TRANSITIONAL HOUSING PLACEMENT
COORDINATORS
ALL COUNTY TRANSITIONAL HOUSING PLACEMENT PROGRAMS
– THP PLUS

SUBJECT: KATIE A LAWSUIT – NOTICE OF HEARING ON PROPOSED
SETTLEMENT AGREEMENT

The purpose of this ACIN is to provide information on the proposed settlement of the *Katie A., et al. v. Bonta et al.* lawsuit, and to provide notice of the upcoming final fairness hearing to determine whether the settlement should be granted final approval.

Background

The Katie A. class action lawsuit was filed on July 18, 2002 in the federal district court in Los Angeles against the California Department of Social Services (CDSS), the California Department of Health Care Services, and the County of Los Angeles. This class action suit sought to improve the mental health and other supportive services available to children and youth in California who are in foster care or who are at imminent risk of placement in foster care. The current court proceeding concerns only the settlement agreement between plaintiffs and state defendants, and does not alter the settlement reached with Los Angeles County, which was previously executed and approved by the court in July 2003.

Proposed Settlement Agreement

The Order Granting Preliminary Approval of Class Action Settlement (Order), the Notice of Proposed Settlement Agreement and Settlement Hearing (Notice), and the Proposed Settlement Agreement (Settlement) are enclosed. The documents are also available on CDSS's web site at www.childsworld.ca.gov/pg1320.htm. With the exception of the Order, the documents are posted in both English and Spanish. The Notice summarizes in simple terms the lawsuit and proposed Settlement, and includes instructions for obtaining additional information regarding the Settlement and for objecting to its terms. Persons wishing to object to the Settlement must state their objections in writing and mail them to the addresses listed in the notice by November 18, 2011.

The hearing regarding this Settlement will occur at the following time and location:

Date: Thursday, December 1, 2011
Time: 2:00 p.m.
Location: U.S. District Court, Central District of California
Courtroom 14
312 N. Spring St., Los Angeles, California 90012

In addition, please note that the court order issued on September 30, 2011 includes instructions to counties and provider organizations regarding posting and distributing the Notice and Settlement. Please ensure that both the Notice and Settlement are posted in prominent locations in both English and Spanish. It is important to review the court order completely to ensure that these instructions are not overlooked.

If you would like further information regarding the Notice or Settlement, please refer to the contact information provided in the attached court documents. If you have any questions regarding this letter, please send them to KatieA@dss.ca.gov.

Sincerely,

Original Document Signed By:

GREGORY E. ROSE
Deputy Director
Children and Family Services Division

Attachments

1 ROBERT D. NEWMAN, SBN 86534
2 RICHARD A. ROTHSCHILD, SBN 067356
3 ANTIONETTE DOZIER, SBN 244437
4 WESTERN CENTER ON LAW & POVERTY
5 3701 Wilshire Boulevard, Suite 208
6 Los Angeles, CA 90010
7 (213) 487-7211 Fax: 213-487-0242
8 Email: rnewman@wclp.org
9 rrothschild@wclp.org
10 adozier@wclp.org

11 Attorneys for Plaintiffs
12 [Additional counsel appear on next page]

13 UNITED STATES DISTRICT COURT
14 CENTRAL DISTRICT OF CALIFORNIA

15 KATIE A. by and through her next friend) CASE NO. CV-02-05662 AHM (SHx)
16 Michael Ludin; MARY B. by and through)
17 her next friend Robert Jacobs; JANET C. by) ORDER GRANTING PRELIMINARY
18 and through her next friend Dolores) APPROVAL OF CLASS ACTION
19 Johnson; HENRY D. by and through his) SETTLEMENT
20 next friend Gillian Brown: AND GARY E.)
21 by and through his next friend Michael)
22 Ludin; individually and on behalf of others) Date: September 27, 2011
23 similarly situated,) Time: 2:00 p.m.
24) Courtroom: 14
25) Judge: A. Howard Matz
26 Plaintiffs,)
27)

28 v.)
29)
30 DIANA BONTA, Director of California)
31 Department of Health Services; LOS)
32 ANGELES COUNTY; LOS ANGELES)
33 COUNTY DEPARTMENT OF CHILDREN)
34 AND FAMILY SERVICES; ANITA)
35 BLOCK, Director of the Los Angeles)
36 County Department of Children and Family)
37 Services; RITA SAENZ, Director of the)
38 California Department of Social Services,)
39 and DOES 1 through 100, Inclusive)
40)
41 Defendants.)
42)

1 CONTINUED ATTORNEYS FOR PLAINTIFFS:

2
3 MARK D. ROSENBAUM, SBN 59940
4 AMERICAN CIVIL LIBERTIES UNION
5 OF SOUTHERN CALIFORNIA
6 1313 W. 8th Street
7 Los Angeles, CA 90017
8 (213) 977-9500 Fax: 213-977-5297
9 Email: mrosenbaum@aclu-sc.org

10 MELINDA BIRD, SBN 102236
11 MARILYN HOLLE, SBN 61530
12 DISABILITY RIGHTS CALIFORNIA
13 3580 Wilshire Boulevard, Suite 902
14 Los Angeles, CA 90010
15 (213) 427-8747 Fax: (213) 427-8767
16 Email: melinda.bird@disabilityrightsca.org
17 marilyn@disabilityrightsca.org

18 IRA BURNIM (pro hac vice)
19 BAZELON CENTER FOR MENTAL
20 HEALTH LAW
21 1101 Fifteenth Street, NW, Suite 1212
22 Washington, DC 20006
23 (202) 467-5730 Fax: 202-223-0409
24 Email: irab@bazelon.org
25 alisonb@bazelon.org

26 JOHN O'TOOLE, SBN 62327
27 PATRICK GARDNER, SBN 208119
28 LEECIA WELCH, SBN 208714
NATIONAL CENTER FOR YOUTH LAW
405 14TH Street, 15th Floor
Oakland, CA 94612
(510) 835-8098 Fax: 510-835-8099
Email: jotoole@youthlaw.org
pgardne@youthlaw.org
lwelch@youthlaw.org

CONTINUED ATTORNEYS FOR PLAINTIFFS:

KIMBERLY LEWIS, SBN 144879
NATIONAL HEALTH LAW PROGRAM
3701 Wilshire Boulevard, Suite 750
Los Angeles, CA 90010
(310) 204-6010 Fax: (213) 368-0774
Email: lewis@healthlaw.org

24

25

26

27

28

1 The Court, having read and considered the proposed settlement agreement
2 (“Settlement Agreement”) of the claims in this lawsuit between plaintiffs and
3 defendants California Department of Health Care Services (“CDHCS”), formerly
4 known as the California Department of Health Services), and California
5 Department of Social Services (“CDSS”) (hereinafter collectively “State
6 defendants”), the proposed Stipulated Judgment, and plaintiffs’ motion for
7 preliminary approval of this settlement,

8 **IT IS HEREBY ORDERED:**

- 9 1. The Court gives its preliminary approval to the proposed Settlement
10 Agreement of this lawsuit between plaintiffs and State defendants and the
11 related Stipulated Judgment. A fairness hearing shall be held on
12 December 1, 2011, in Courtroom 14 of this Court, at 2:00 p.m., to hear
13 the objections of class members, if any are made, to the final approval of
14 the Settlement Agreement and entry of the Stipulated Judgment.
15 Plaintiffs’ motion for an award of attorneys’ fees, costs and litigation
16 related expenses shall also be heard on the same date and time or
17 immediately thereafter.
- 18 2. With one exception, the Court approves the proposed notice to class
19 members, a copy of which is attached as Exhibit A to State defendants’
20 Supplemental Statement (Document No. 758). The sentence at page 8 of
21 the notice should be modified to read as follows: “The full official
22 records of this lawsuit is available to review during regular office hours
23 at the United States District Court, Central District of California, Clerk of
24 the Court, 312 N. Spring Street, Los Angeles, California 90012.”
25 However if this modification to the notice will delay its issuance beyond
26 October 11, 2011, State defendants need not make this modification.
- 27 3. To effectuate notice to potential class members of the Settlement
28 Agreement and their rights thereunder, within fourteen (14) calendar days

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

of the Court’s preliminary approval of the Settlement Agreement, the following shall occur:

- a. DSS, DHCS, and the California Department of Mental Health (“CDMH”) shall post copies of the full Settlement Agreement, proposed Stipulated Judgment, and notice and accompanying attachments in English and Spanish on their respective websites;
- b. CDMH shall distribute the notice and entire Settlement Agreement (or a link to them) to the counties with a request that the notice and entire Settlement be posted in prominent locations in county offices providing mental health services to children and youth;
- c. CDMH shall send the notice to United Advocates for Children and Families (UACF), which will e-mail copies of the notice to 1500 family members, youth and child serving agencies that belong or are affiliated with UACF;
- d. CDSS shall distribute the notice and entire Settlement Agreement (or a link to them) to the counties with an instruction that the notice and entire Settlement be posted in prominent locations in county offices providing child welfare services;
- e. CDSS shall mail the notice to all group home providers with an instruction that they post the notice in their group homes;
- f. CDSS shall e-mail the notice (or a link to it) to the 58 County Foster Care Ombudsmen offices and instruct the offices to share the information as well as post the notice on the State and local Ombudsmen websites;
- g. CDSS shall e-mail the notice (or a link to it) to the California Caregiver Advocacy Network;
- h. CDSS shall distribute the notice (or a link to it) to its e-mail distribution list of the directors of the county probation programs and to the County Welfare Directors Association;

- 1 i. CDSS shall e-mail the notice (or a link to it) to its e-mail distribution
2 list of County Independent Living Coordinators instructing them to
3 share the information with their staff and foster youth;
- 4 j. CDSS shall distribute the notice and entire Settlement Agreement (or
5 a link to them) to its e-mail distribution list of the Transitional
6 Housing Programs with an instruction that the notice and entire
7 Settlement be posted in prominent locations in their sites that provide
8 transitional housing services;
- 9 k. CDSS shall provide a copy of the notice (or a link to it) to various
10 government, legal, child welfare and non-profit organizations to mail,
11 e-mail, or share a copy of the notice with individuals, attorneys, or
12 organizations that work with children in the child welfare system,
13 including the following organizations:
- 14 i. California CASA Association;
 - 15 ii. 200 Foster Family Agencies (“FFAs”);
 - 16 iii. California Alliance of Child and Family Services;
 - 17 iv. Chancellor’s Office for the California Community Colleges;
 - 18 v. Resource Center for Family Practice at University of California
19 Davis; and
 - 20 vi. California Youth Connection; and
- 21 l. Plaintiffs shall post notice of the Settlement on the listserves for the
22 National Association of Counsel for Children’s and Benchmark
23 Institute.
- 24 4. The notice shall provide that class members who wish to object to the
25 Settlement must file their written objections with the United States
26 District Court and serve on counsel for the parties no later than
27 November 18, 2011. Class members who do not timely file and serve
28 written objections in the manner specified above shall be deemed to have
waived any objections and shall be foreclosed from making any

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28

objections (whether by written objection, appearance at the fairness hearing, appeal or otherwise) to the Settlement.

- 5. The Court finds that the notice set forth in the preceding paragraphs are reasonably calculated to provide adequate notice to members of the Class of the proposed Settlement Agreement and Stipulated Judgment, and that the requirements of Rule 23 of the Federal Rules of Civil Procedure and the due process clause of the United States Constitution will be met with respect to those Class members.
- 6. No later than 28 days before the fairness hearing, plaintiffs shall file their motion for final approval of the Settlement Agreement and their motion for approval of the award of attorneys' fees, costs and expenses.
- 7. No later than November 23, 2011, State defendants shall file and serve a declaration reporting to the Court and counsel for the other parties as to their compliance with the notices provisions set forth above. In addition, the parties shall file any further papers relating to final approval of the Settlement Agreement.



Dated: September 30, 2011

A. Howard Matz
United States District Judge

APPROVED AS TO FORM:

/s/ Ernest Martinez
By: _____
Ernest Martinez
Deputy Attorney General

UNITED STATES DISTRICT COURT
CENTRAL DISTRICT OF CALIFORNIA

KATIE A., et al., individually and on behalf) Case No. CV-02-05662 AHM
of others similarly situated,) (Shx)
)
Plaintiffs,)
)
v.)
) **NOTICE OF PROPOSED**
TOBY DOUGLAS, Director of California) **SETTLEMENT AGREEMENT**
Department of Health Care Services; *et al.*,) **AND SETTLEMENT**
) **HEARING**
Defendants.)
)
)
_____)

The proposed settlement may affect your rights. Please read carefully.

PURPOSE OF THIS NOTICE

This notice informs you about the proposed settlement of claims in a class action lawsuit against Toby Douglas, Director of the California Department of Health Care Services (CDHCS), and Will Lightbourne, Director of the California Department of Social Services (CDSS). This notice summarizes the settlement and sets forth what you must do if you object to the terms of the settlement. You are receiving this notice because you have been identified either as a possible member of the class or as a person who may be concerned with the interests of possible members of the class.

BRIEF DESCRIPTION OF THE LAWSUIT

This class action suit has sought to improve the mental health and other supportive services available to children and youth who are in foster care in California or who are at imminent risk of placement in foster care. The lawsuit was filed on July 18, 2002, in federal court in Los Angeles.¹ The lawsuit alleges violations of federal Medicaid laws, the Americans with Disabilities Act, Section 504 of the Rehabilitation Act, and California Government Code Section 11135, as well as the Due Process Clauses of the federal and state Constitutions. *The lawsuit does not seek to recover any monetary damages.* The State Defendants deny any wrongdoing.

DESCRIPTION OF THE CLASS

This case has been certified as a class action against the State Defendants on behalf of a class of children in California who:

- (a) Are in foster care or are at imminent risk of foster care placement, and
- (b) Have a mental illness or condition that has been documented or, had an assessment already been conducted, would have been documented, and
- (c) Who need individualized mental health services, including but not

¹ Plaintiffs also sued Los Angeles County and reached a separate settlement on behalf of a County-wide class with Los Angeles County in 2003.

limited to professionally acceptable assessments, behavioral support and case management services, family support, crisis support, therapeutic foster care, and other medically necessary services in the home or in a home-like setting, to treat or ameliorate their illness or condition.

For the purposes of this case, “imminent risk of foster care placement” means that within the last 180 days a child has been participating in voluntary family maintenance services or voluntary family reunification placements and/or has been the subject of either a telephone call to the Child Protective Services hotline or some other documented communication made to a local Child Protective Services agency regarding suspicions of abuse, neglect or abandonment.

SUMMARY OF THE TERMS OF THE SETTLEMENT

The following is a summary of the terms of the settlement. CDHCS, CDSS and the California Department of Mental Health (CDMH) agree to:

- Establish a shared management structure to develop policy and program direction consistent with a “core practice model” designed to provide child welfare and mental health services to class members in a coordinated, comprehensive and community-based fashion. This core practice model includes values, goals and principles that promote working with families and care providers

as a team. For children with intensive or complex needs, the core practice model also includes the delivery of services through a Child and Family Team.

- Develop a process to identify class members in order to link them firmly to necessary mental health services.
- Facilitate the provision of Intensive Care Coordination (ICC) and Intensive Home Based Services (IHBS) to certain class members with more intensive mental health needs.
- Determine the extent to which Therapeutic Foster Care (“TFC”) is covered under the Medicaid Act and thereafter facilitate the provision of the Medicaid- covered services of TFC to certain class members with intensive health needs. A description of ICC, IHBS, and TFC is enclosed with this notice for your information. ICC, IHBS and TFC are typically provided to children and youth in their homes, foster homes, or communities so that they can avoid being hospitalized or placed in institutions or other group care facilities. In delivering these services, providers work as a team with the child and family and with representatives of involved public agencies and coordinate the delivery of mental health services and other supports.
- Develop and circulate a manual that will inform and instruct providers on ICC and IHBS, and TFC services to the extent they are covered by Medi-Cal, and

describe how ICC and IHBS and TFC should be provided consistent with the core practice model. Also develop an implementation plan that addresses how ICC, IHBS, and TFC will be brought to scale statewide.

- Develop and endorse training curriculum to support the core practice model for use by counties and providers.
- Establish a team to collect data on service delivery and outcomes, including from ICC, IHBS and TFC.
- *Note that these services may not be immediately available because State Defendants and CDMH will need several months to develop a plan to implement the settlement.*
- Pay a total of \$3.75 million to Class Counsel for all their past work, costs and expenses incurred in this case and for any future attorneys' fees, costs and expenses during the period of implementation and ongoing court jurisdiction over this lawsuit.

The Court will retain jurisdiction over this lawsuit until 36 months after court approval of the Settlement Agreement, at which time the Court's jurisdiction will expire.

PROCEDURES FOR OBJECTING TO THE SETTLEMENT

IF YOU AGREE WITH THE PROPOSED SETTLEMENT WITH THE STATE DEFENDANTS, YOU DO NOT NEED TO TAKE ANY ACTION. You may be present at the public hearing on the proposed settlement as stated below.

IF YOU HAVE OBJECTIONS TO THE PROPOSED SETTLEMENT, THEN PLEASE MAIL THESE OBJECTIONS NO LATER THAN THE DEADLINE OF November 18, 2011, to: (1) Clerk of the District Court for the Central District of California, 312 N. Spring St., Los Angeles, California 90012, (2) Ernest Martinez, Deputy Attorney General, Office of the Attorney General, State of California, 300 South Spring Street, Suite 1700, Los Angeles, California 90013; and (3) *Katie A. Counsel*, P.O. Box 70040, Los Angeles, CA 90070. Your objection must list your name and address and, if applicable, the name, address and telephone number of your attorney. Your objection must be accompanied by any supporting papers or brief you intend to submit in support of your objection and the specific grounds for the objection. If you do not mail the objections to the Clerk of the Court and to counsel for the parties by the deadline of November 18, 2011, then you will be barred from making any objections (whether by written objection, appearance at the fairness hearing, appeal or otherwise) to the settlement.

**HEARING ON THE FAIRNESS OF THE SETTLEMENT
INCLUDING
REASONABLENESS OF ATTORNEYS' FEES**

The Court will hold a hearing to review the proposed settlement and to decide whether the agreement is fair, reasonable and adequate and should be finally approved on December 1, 2011 at 2:00 p.m. (the "Fairness Hearing"). The Fairness Hearing will be held in the Courtroom of the Honorable A. Howard Matz, United States District Judge, located in Court Room No. 14 at the United States District Court, 312 N. Spring St., Los Angeles, California 90012. *You may attend this hearing and be given an opportunity to state whether you agree with or object to the proposed settlement.* If the Court approves the settlement agreement with State Defendants, it will be binding upon all members of the class.

The proposed settlement agreement contains a provision for an award of Attorneys' Fees, costs and litigation expenses to Class Counsel. On the same date and at the same location as the Fairness Hearing, either during the Fairness Hearing or immediately thereafter, the Court will also hear any objections with respect to this award of fees, costs and litigation expenses to Class Counsel ("Attorneys' Fees Hearing"). The application for Attorneys' Fees, costs and litigation expenses shall be considered by the Court separately from the Court's consideration of the fairness, reasonableness and adequacy of the other terms of the proposed Settlement

Agreement provided for herein.

The Fairness Hearing and any separately ordered Attorneys' Fee Hearing may be rescheduled by the Court.

OBTAINING ADDITIONAL INFORMATION

A copy of the entire settlement agreement and accompanying proposed Stipulated Judgment can be found at county offices providing mental health services to children and youth, and county offices providing child welfare services, and at the following websites: www.dmh.ca.gov; www.dhcs.ca.gov; www.dss.cahwnet.gov.

The settlement agreement, pleadings and other records of this lawsuit may also be examined and copied during regular office hours at the United States District Court, Central District of California, Clerk of the Court, 312 N. Spring Street, Los Angeles, California 90012.

If you have questions about this notice or the settlement, you may also contact lawyers for the children and young adults by: (1) calling the following toll-free number – 1-800-405-8759– and leaving a message, (2) sending a letter addressed to *Katie A. Counsel*, P.O. Box 70040, Los Angeles, CA 90070, or (3) sending an email to: **KatieA.Settlement@gmail.com**.

Any questions you may have concerning the matters contained in this notice or changes in address should not be presented to the Court.

Intensive Home-Based Mental Health Services

Intensive Home-Based Services (IHBS) are individualized, strength-based interventions designed to ameliorate mental health conditions that interfere with a child's functioning. Interventions are aimed at helping the child build skills necessary for successful functioning in the home and community and improving the child's family's ability to help the youth successfully function in the home and community.

IHBS are delivered according to an individualized treatment plan developed by a care planning team (see Intensive Care Coordination). The care planning team develops goals and objectives for all life domains in which the child's mental health condition produces impaired functioning, including family life, community life, education, vocation, and independent living, and identifies the specific interventions that will be implemented to meet those goals and objectives. The goals and objectives should seek to maximize the child's ability to live and participate in the community and to function independently, including through building social, communication, behavioral, and basic living skills. Providers of intensive home-based services should engage the child in community activities where the child has an opportunity to work towards identified goals and objectives in a natural setting. Phone contact and consultation may be provided as part of the service.

IHBS includes, but is not limited to:

- Educating the child's family about, and training the family in managing, the child's disorder;
- Medically necessary skill-based remediation of behaviors, including developing and implementing a behavioral plan with positive behavioral supports and modeling for the child's family and others how to implement behavioral strategies;
- Improving self-care, including by addressing behaviors and social skills deficits that interfere with daily living tasks and with avoiding exploitation by others;
- Improving self-management of symptoms, including assisting with self-administration of medications;
- Improving social decorum, including by addressing social skills deficits and anger management;

- Supporting the development and maintenance of social support networks and the use of community resources;
- Supporting employment objectives, by identifying and addressing behaviors that interfere with seeking and maintaining a job;
- Supporting educational objectives, through identifying and addressing behaviors that interfere with succeeding in an academic program in the community; and
- Supporting independent living objectives, by identifying and addressing behaviors that interfere with seeking and maintaining housing and living independently.

IHBS are highly effective in preventing a child being removed from home (biological, foster, or adoptive) through admission to an inpatient hospital, residential treatment facility or other residential treatment setting.

Settings: IHBS may be provided in any setting where the child is naturally located, including the home (biological, foster or adoptive), schools, recreational settings, child care centers, and other community settings. *Availability:* IBHS are available wherever and whenever needed, including in evenings and on weekends.

Providers: IHBS are typically provided by paraprofessionals under clinical supervision. Peers, including parent partners, may provide IHBS. More complex cases may require service delivery by a clinician rather than a paraprofessional.

Intensive Care Coordination

Intensive Care Coordination (ICC) is a service that is responsible for facilitating assessment, care planning and coordination of services, including urgent services [for children/ youth who meet the *Katie A.* class criteria].

Intensive Care Coordination (ICC) provides:

- A single point of accountability for ensuring that medically necessary services are accessed, coordinated, and delivered in a strength-based, individualized, family/youth-driven, and culturally, and linguistically relevant manner;
- Services and supports that are guided by the needs of the youth;

- Facilitation of a collaborative relationship among a youth, his/her family and involved child-serving systems;
- Support the parent/caregiver in meeting their youth's needs;
- A care planning process ensures that a care coordinator organizes and matches care across providers and child serving systems to allow the youth to be served in their home community; and
- Facilitated development of the Child and Family Planning Team (CFT).¹

ICC service components consists of:

Assessment: The CFT completes a strength-based, needs driven, comprehensive assessment to organize and guide the development of an Individual Care Plan (ICP) and a risk management/safety plan. The assessment process determines the needs of the youth for any medical, educational, social, mental health, or other services. ICC may also include the planning and coordination of urgent needs before the comprehensive assessment is completed. The initial assessment will be reviewed as necessary, but at least every 90 days.

Planning: Development of an Individual Care Plan: Using the information collected through an assessment, the care coordinator convenes and facilitates the CFT meetings and the CFT develops a child- and family-centered Individual Care Plan (ICP) that specifies the goals and actions to address the medical, educational, social, mental health, or other services needed by the youth and family. The care coordinator works directly with the youth, the family and others significant to the child to identify strengths and needs of the youth and family, and to develop a plan for meeting those needs and goals.

Referral, monitoring and related activities:

- works directly with the youth and family to implement elements of the ICP;
- prepares, monitors, and modifies the ICP in concert with the CFT; to determine whether services are being provided in accordance with the ICP; whether services in the ICP are adequate; and whether these are changes in

¹ The CFT includes, as appropriate, both formal supports, such as the care coordinator, providers, case managers from child-serving agencies, and natural supports, such as family members, neighbors, friends, and clergy.

the needs or status of the youth and if so, adjusting the plan of care as necessary, in concert with the CFT;

- will identify, actively assist the youth and family to obtain and monitor the delivery of available services including medical, educational, mental health, social, therapeutic, or other services.

Transition:

- develops with the CFT a transition plan when the youth has achieved goals of the ICP; and
- collaborates with the other service providers and agencies on the behalf of the youth and family.

Settings

ICC may be provided to children living and receiving services in the community (including in TFC) as well as to children who are currently in a hospital, group home, or other congregate or institutional placement as part of discharge planning.

Therapeutic Foster Care

[Under the Settlement Agreement, a determination still needs to be made as to the extent that Therapeutic Foster Care (TFC) is covered under the Medicaid Act].

Therapeutic foster care (TFC) is an intensive, individualized health service provided to a child in a family setting, utilizing specially trained and intensively supervised foster parents.

TFC programs:

- (a) place a child singly, or at most in pairs, with a foster parent who is carefully selected, trained, and supervised and matched with the child's needs;
- (b) create, through a team approach, an individualized treatment plan that builds on the child's strengths;
- (c) empower the therapeutic foster parent to act as a central agent in implementing the child's treatment plan;
- (d) provide intensive oversight of the child's treatment, often through daily contact with the foster parent;
- (e) make available an array of therapeutic interventions to the child, the child's

family, and the foster family (interventions may include behavioral support services for the child, crisis planning and intervention, coaching and education for the foster parent and the child's family, and medication monitoring); and

(f) enable the child to successfully transition from therapeutic foster care to placement with the child's family or alternative family placement by continuing to provide therapeutic interventions.

SETTLEMENT AGREEMENT

Background

1. Plaintiffs brought this lawsuit entitled *Katie A. et al. v. Diana Bontá et al.* (the "*Katie A. Litigation*"), filed July 18, 2002, case no. 02-05662, seeking certification of a class and declaratory and injunctive relief against Diana Bontá, Director of California Department of Health Services; Rita Saenz, Director of the California Department of Social Services, (hereinafter collectively referred to as "the State" or "State Defendants") and against Los Angeles County; Los Angeles County Department of Children and Family Services ("DCFS"); Anita Bock, Director of the Los Angeles County Department of Children and Family Services (hereinafter collectively referred to as "the County" or "County Defendants") and Does 1 through 100, inclusive.
2. Plaintiffs filed the First Amended Complaint on December 20, 2002. The First Amended Complaint is the operative pleading in this action.
3. On June 18, 2003, this case was certified as a class action for purposes of all causes of action in Plaintiffs' First Amended Complaint against the State Defendants on behalf of a class of children in California who:
 - (a) Are in foster care or are at imminent risk of foster care placement, and
 - (b) Have a mental illness or condition that has been documented or, had an assessment already been conducted, would have been documented, and
 - (c) Who need individualized mental health services, including but not limited to professionally acceptable assessments, behavioral support and case management services, family support, crisis support, therapeutic foster care, and other medically necessary services in the home or in a home-like setting, to treat or ameliorate their illness or condition.

For the purposes of this case, “imminent risk of foster care placement” means that within the last 180 days a child has been participating in voluntary family maintenance services or voluntary family reunification placements and/or has been the subject of either a telephone call to the Child Protective Services hotline or some other documented communication made to a local Child Protective Services agency regarding suspicions of abuse, neglect or abandonment.

4. Members of the class include children living with their parents or relatives or in any of a variety of placements, such as group homes or foster homes.

5. Plaintiffs entered into a settlement agreement (hereinafter “County Settlement”) with County Defendants regarding all claims in the First Amended Complaint, which County Settlement was approved by the Court on July 16, 2003.

6. On March 14, 2006, the District Court granted Plaintiffs’ motion for preliminary injunction in this case. *Katie A. v. Bonta*, 433 F.Supp.2d 1065 (C.D.Cal. 2006). On March 23, 2007, the Ninth Circuit Court of Appeals vacated the preliminary injunction and remanded for further proceedings consistent with its opinion. *Katie A. ex rel Ludin v. Los Angeles County*, 481 F.3d 1150 (9th Cir. 2007).

7. California Department of Health Care Services (DHCS) is the successor in interest to California Department of Health Services, Toby Douglas is the successor-in-interest to Diana Bontá as Director of DHCS, and Will Lightbourne is the successor-in-interest to Rita Saenz as the Director of the California Department of Social Services (CDSS) and both have assumed the roles and are substituted in their respective official capacities as State Defendants herein by operation of law.

8. The State Defendants deny all wrongdoing alleged in this action and deny any liability whatsoever to Plaintiffs and the Plaintiff Class.

9. State Defendants assert that they have meritorious defenses which they have asserted in this action, and assert that they have entered into this Settlement Agreement ("Agreement") with the accompanying proposed Stipulated Judgment (a copy of which is attached hereto, marked as Appendix "A" and incorporated herein by reference) solely for the purpose of settling and compromising the claims of the Plaintiffs, in order to avoid the expense and diversion of its personnel caused by protracted litigation, and to terminate the claims asserted against State Defendants.

10. The Court appointed a Special Master on April 3, 2009, to facilitate the parties' efforts to reach agreement on the legal issues and/or narrow the differences between the parties in the case. The parties, along with a small group of other interested and significant stakeholders (hereafter "negotiation workgroup") engaged in a lengthy and intensive negotiation process over a year and a half, under the direction of the Special Master, utilizing an interest based decision making process, which required consensus of the negotiation workgroup in order to make recommendations.

11. The best interests of the class will be substantially advanced by the settlement of the *Katie A.* litigation based on the commitments reflected in this Agreement, rather than by a trial on the merits.

12.. In consideration of the covenants and undertakings set forth herein and intending to be legally bound thereby, it is stipulated and agreed by the Plaintiffs and the State Defendants, represented by their undersigned counsel, that all of Plaintiffs' claims for relief against the State Defendants which were asserted in the Complaint filed on July 18, 2002, or First Amended

Complaint filed on December 20 2002, including any claims against employees and officers of State Defendants, shall be resolved on the following terms as set forth in this Agreement:

I. Jurisdiction and Authority of the Court.

13. The United States District Court has jurisdiction over the claims against all Defendants pursuant to 28 U.S.C. §§ 1331, 1343 and 1367. Venue is proper in the Central District of California pursuant to 28 U.S.C. § 1391(b).

14. After notice of and an opportunity to comment on this Agreement has been provided to the Plaintiff class and others thereby affected, the Court shall determine whether to approve this Agreement as being a fair, reasonable and adequate settlement of the *Katie A.* Litigation and to enter the accompanying Stipulated Judgment. Except as otherwise noted, the terms of this Agreement shall not take effect until the Court issues its order approving this Agreement.

15. This Agreement settles all claims against the State Defendants in this lawsuit.

16. State Defendants agree that this Agreement is binding on the California Department of Mental Health (“CDMH”), a non-party to the Agreement.

17. The parties to this Agreement acknowledge that notice of, and an opportunity to comment on, this Agreement must be provided to the Plaintiff class and others thereby affected. Immediately following the execution of the Agreement, the parties shall jointly develop the content of the written notice to be given to the Plaintiff class, as well as negotiate the terms of how notice shall be given to the Plaintiff class.

18. Promptly upon execution of this Agreement and completion of the activities described in Paragraph 17 above, Plaintiffs shall apply to the Court by application and/or motion for

preliminary approval of the Agreement. Plaintiffs shall apply to the Court for entry of an order substantially in the following form:

(a) Giving its preliminary approval of the Agreement (which includes the Stipulated Judgment) as being fair, reasonable and adequate as to members of the Class;

(b) Approving the proposed procedures for giving notice to members of the Class of the Agreement; and

(c) Scheduling a fairness hearing as to whether the Agreement should be finally approved as fair, reasonable and adequate as to members of the Class and the Stipulated Judgment should be entered.

II. Objectives and Specific Agreements.

19. The objectives of this Agreement are to:

(a) Facilitate the provision of an array of services delivered in a coordinated, comprehensive, community-based fashion that combines service access, planning, delivery, and transition into a coherent and all-inclusive approach;

(b) Support the development and delivery of a service structure and a fiscal system that supports a core practices and services model, as described in (a),

(c) Support an effective and sustainable solution that will involve standards and methods to achieve quality-based oversight, along with training and education that support the practice and fiscal models;

(d) Address the need for certain class members with more intensive needs (hereinafter referred to as "Subclass members") to receive medically necessary mental health services in their own home, a family setting or the most homelike setting appropriate to their needs, in order to facilitate reunification, and to meet their

needs for safety, permanence, and well-being.

(1) Subclass Members are children and youth who are full-scope Medi-Cal eligible, meet medical necessity, have an open child welfare services case, and meet either of the following criteria:

A. Child is currently in or being considered for: Wraparound, therapeutic foster care or other intensive services, therapeutic behavioral services, specialized care rate due to behavioral health needs or crisis stabilization/intervention; or

B. Child is currently in or being considered for a group home (RCL 10 or above), a psychiatric hospital or 24 hour mental health treatment facility, or has experienced his/her 3rd or more placements within 24 months due to behavioral health needs.

20. To fulfill the above objectives, the State Defendants agree to the following:

(a) CDMH¹ and CDHCS will develop and disseminate a Medi-Cal Specialty Mental Health documentation manual (hereinafter "Documentation Manual") that will inform and instruct providers on:

(1) two arrays of services, Intensive Care Coordination (ICC), as defined in

¹ Because of the possible restructuring of CDMH, at this time the parties are uncertain as to whether CDMH will be the State agency responsible for performing the obligations assigned to CDMH pursuant to this Agreement. State Defendants agree that the State will perform CDMH's obligations under this Agreement.

Appendix “E”, and Intensive Home Based Services (IHBS), as defined in Appendix “D”, to be provided to the subclass, as described in Paragraph 19 (d)(l) of this Agreement;

(2) Therapeutic Foster Care (TFC), as defined in *Katie A. v. Bonta*, 433 F.Supp.2d 1065, 1072 (C.D.Cal. 2006), e.g., Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), Intensive Treatment Foster Care (ITFC).

A. CDMH, CDSS and DHCS, in collaboration with the negotiation workgroup, including consultants, if needed, will determine:

1. To what extent the activities and/or components of TFC services are covered under the Medicaid Act, including EPSDT, 42 U.S.C. § 1396 et seq., and its implementing regulations, and
2. To what extent the activities and/or components are covered under the California Medicaid State Plan;
3. To what extent, if any, the State Plan needs to be amended to cover TFC services that are covered under the Medicaid Act but are not covered in the State Plan.

(b)(1) The Documentation Manual will describe how ICC and IHBS should be provided consistent with the Core Practice Model Principles and Components (hereinafter referred to as the “Core Practice Model”), as defined in Appendix “B”, using a Child and Family Team, as defined in Appendix “C”.

(b)(2) The Documentation Manual will be developed by the State Defendants in collaboration with the negotiation work group, and other stakeholders upon

agreement by the parties. Chapters of this manual may include, but would not be limited to:

- Description of the eligible class
- How to refer a child for IHBS/ICC, and TFC services
- General description of Medi-Cal reimbursable service activities that can comprise the IHBS/ICC arrays of services, and TFC services
- Authorization/utilization
- Claiming
- General description of other non-Medi-Cal reimbursable service activities that can be part of the IHBS/ICC models or arrays of services, and TFC services
- Billing Rules and Requirements
- Documentation Requirements
- Examples of Forms
- Where to call for additional information

(b)(3) CDMH and CDSS will post the draft Documentation Manual on their Internet sites for a thirty-day public comment period. CDMH and CDSS will post a final copy of the Documentation Manual on the Internet sites of CDMH and DHCS.

(c) DHCS will draft and submit amendments to the definitions of Targeted Case Management (TCM) services and Rehabilitation services in the California's State

Medicaid Plan through State Plan Amendments, consistent with the Core Practice Model and ICC and IHBS and the Mercer Consulting Report, *Katie A. Phase I and II Analysis*, dated October 6, 2010.

- (d) CDMH and CDSS will establish a shared management structure to develop a shared vision and mission statement, policy and program direction, clear and consistent guidance, and outcomes and accountability measures consistent with the Core Practice Model (Appendix "B"). To this end, in consultation with the negotiation workgroup, CDSS and CDMH will develop a Core Practice Model Guide and establish a joint management task force with representatives from each department and representatives from youth, parent partner, county and provider groups. CMHDA and CWDA will be consulted on membership of the group and requested to join the task force. The work of the joint management task force will be focused on the goal of creating joint program management system. The Task force will consider and report within 12 months after execution of this Agreement on the proposed methods for doing this including:
- (1) Establishment of the shared management structure between CDMH and CDSS through legislation, and/or regulation, or other means to articulate a shared set of goals, vision and mission statements. Policies and procedures should be prepared and revised jointly as needed to ensure a shared practice is consistent and duplication is avoided, and provide a process for quickly resolving conflicts;
 - (2) Building upon existing relationships with all state agencies that serve foster youth with mental health needs including the State Department of

Education, the California Department of Drug and Alcohol, and the California Department of Correction and Rehabilitation to coordinate information and services in a manner consistent with the Core Practice Model. Existing venues for developing relationships already exist with State Interagency Team, Child Welfare Council, local blue ribbon commissions, etc.;

(3) Creating a cross-system process and procedures to support and manage the shared responsibility between CDMH and CDSS for delivering services to foster youth that is consistent with the Core Practice Model at the county/local level;

(4) Developing and providing models for local agencies to consider in order to work more effectively together, including, for example, integration of departments or services, specific coordination management models that oversee the departments, and/or Memoranda of Understandings (MOUs) for specific collaboration.

(e) CDSS and CDMH, in consultation with the joint management task force, will develop and endorse practice tools, training curriculum, practice improvement protocols, and quality control systems to support the shared Core Practice Model in order to support service integration and/or coordination for mental health services for class members;

(f) CDSS and CDMH will develop cross system training curriculum and educational materials for child welfare and mental health staff.

(1) CDSS will initiate a request to the Statewide Training and Education

Committee (STEC) to develop a process and timeline for curriculum development.

- (2) The educational materials are intended to be used by counties and providers to explain the system to children and families including a joint DSS/DMH tool kit for the Child and Family Teams.
 - (3) The curriculum shall develop and promote structured opportunities for teaming at all levels such as Team Decision Making meetings, Child and Family Teams, Interagency Operations Networks, Interagency Placement Review Teams, Departmental Leadership Team meetings, etc.
- (g) CDSS, CDMH and DHCS will clarify and provide guidance on state and federal laws as needed to implement this Agreement so that counties and providers can understand and consistently apply them. Proposed methods may include, but are not limited to:
- (1) Providing ongoing technical assistance to include manuals, policy-guidance, education and training, program development and fidelity to program principles to support the Core Practice Model;
 - (2) Ensuring audit compliance units follow the billing and documentation guidelines developed by the state departments in order to ensure appropriate and consistent audit standards are being utilized to review provider billing claims;
 - (3) Encouraging local policy and regulatory discretion/variations to be consistent with the Core Practice Model.
- (h) Seeking to improve methods and adequacy of data collection, matching, and

sharing to support the Core Practice Model at the state, county, and provider levels, CDSS and CDMH will develop a proposal to incorporate into the implementation plan to produce and post data including relevant claims information for the class. Proposed methods may include:

- (1) Improving data exchange and matching among CDSS and CDMH and other state and local departments;
- (2) Developing and disseminating a clear policy on information sharing/privacy issues between child welfare and mental health and other service partners;
- (3) Using existing data collection and existing baseline and performance benchmarks to the greatest extent feasible;
- (4) Determining what will be measured that reflects intended outcomes. Use the measured outcomes to evaluate progress on implementing the Core Practice Model and access to intensive home-based mental health services and intensive care coordination for mental health services. Relevant data may include:
 - A. *Clinical status data*, including assessments of symptoms, risks, functioning, strengths, and other information on how the class member is doing in his or her life;
 - B. *Utilization data*, including disposition information such as aftercare from hospitals and group homes, etc.
 - C. *Treatment facility data* that reflect what is happening within the episode of

treatment. Monitoring the degree to which CFT and intensive home-based mental health services, and intensive care coordination for mental health services are provided and the extent to which they are provided within the Core Practice Model;

- (i) A process shall be developed to identify class members in order to link them firmly to services.
- (j) DHCS, CDSS and CDMH will establish a Data and Quality Task Force and produce a report with recommended actions and timelines to:
 - (1) Establish a method to track the use of ICC and IHBS services arrays and TFC for subclass members.
 - (2) Utilize the External Quality Review and California Child and Family Services Review (C-CFRS) requirements to develop a plan for the collection of data and information about children in the class who receive mental health services.
 - (3) Collect data elements in DHCS, CDSS and CDMH data systems specific to the class (and subclass) in order to evaluate utilization (patterns, type, frequency, intensity of services) and timely access to care.
 - (4) Facilitate a stakeholder meeting to solicit ideas from stakeholders and counties about what data concerning the class the departments should routinely produce and post. Establish a procedure and timeline to produce and post data that is

useful to Counties, stakeholders and State departments in addressing the needs of children in the class.

(5) All reports and timelines will be posted on the CDMH and CDSS websites.

(k) Models

- (1) The State Departments, in consultation with the Negotiations Workgroup, will conduct a statewide readiness assessment of counties to develop and model child welfare and mental health service delivery systems that can be successful in implementing the Core Practice Model (CPM).
- (2) The readiness assessment team will be informed by California Mental Health Directors' Association (CMHDA), California Welfare Directors Association (CWDA), providers, family members, and youth serving organizations.
- (3) The readiness assessment will specifically focus on:
 - A. the strength of the connectivity and collaboration between child welfare and mental health to administer an array of services to support IHBS, and ICC and TFC;
 - B. the ability to transfer lessons learned to other programs and counties. Existing monitoring tools utilized by the State will be used to identify the counties; and
 - C. whether the counties have or can build a system that delivers services to scale county-wide.
- (4) At least one large, medium and small county will be selected by the State for this purpose to support intensive training and systems development for the CPM.

- (5) The selected counties will be used to test strategies for providing mental health services according to the CPM. Second, the sites may serve as the first phase of the statewide effort to deliver services according to the CPM, in accordance with the Implementation Plan.
- (6) Selected model counties will receive training, technical assistance and other supportive incentives from the State for their strategies to test the CPM.
- (7) Modeling is intended to facilitate adoption of the CPM Model and is not intended to inhibit provision of IHBS, ICC, TFC and the Core Practice Model in counties other than the model counties.
- (l) The implementation plan will address how the CPM and IHBS/ICC and TFC will be brought to scale statewide.
- (m) The State Departments, in consultation with the Negotiations Workgroup and fiscal and technical consultant experts, will establish a CPM Fiscal Task Force.
 - (1) The CPM Fiscal Task Force will focus on do-able, achievable, and fiscally sound incentives to deliver IHBS, ICC, and TFC within the Core Practice Model framework and reduce use of group homes and other institutional placements.
 - (2) The CPM Fiscal Task Force will develop a strategic plan or proposal that:
 - A. 1. Evaluates ways to support counties to implement the IHBS and ICC for the sub-class of children, including improving cash flow to counties that serve youth pursuant to the CPM and improving eligibility reliability for providers and counties; and
 - 2. Secure alternative resources for services or state/county EPSDT match.
 - B. Explores methods and options for reducing reliance on out-of-home

placements, including:

1. Using group homes primarily for short-term crisis stabilization;
2. Establishing pilot programs that demonstrate the effectiveness of alternatives to group homes for very high needs and/or very high-risk youth;
3. Developing funding models or resources that facilitate the transformation of existing group home beds to intensive home-based services;
4. Enabling transition services in the community to be provided to group home residents to facilitate discharge;
5. Reconfiguring multi-agency mental health screening committees to provide for timely access to mental health services and supports consistent with the Core Practice Model and to reduce use of, or reliance on, out-of-home care

(3) The parties will incorporate the CPM Fiscal Task Force's plan or proposal into the Implementation Plan to the fullest extent practicable consistent with the time available.

III. Implementation Plan

21. The parties agree to develop a specific Implementation Plan to fulfill the obligations of this Agreement. The parties will begin to develop the Implementation Plan once the Court gives its preliminary approval of the Settlement Agreement and will complete the Implementation Plan within six months after the Court gives its final approval of the Settlement Agreement. The Implementation Plan shall be developed with the assistance of the Special Master, as needed, and

shall address all of the following: specific steps, deliverables, and a timeline for implementation. It is understood and agreed by the parties that the implementation timeline will include activities or deliverables that may be completed, or ongoing, after the end of court jurisdiction.

IV. Special Master's Role.

22. The parties agree that the appointment of Richard Saletta as Special Master shall continue and be extended for thirty-six months after court approval of the Settlement Agreement. In the event that Mr. Saletta cannot continue to serve in this capacity for the duration of the Agreement, Plaintiffs and the State Defendants shall attempt to determine a mutually agreeable candidate to be his replacement, subject to Court approval. If Plaintiffs and State Defendants cannot agree upon a mutually agreeable replacement to Mr. Saletta, the parties shall each propose a candidate for the Court's consideration and appointment.

23. The Special Master may communicate freely with each of the parties or their counsel. The Special Master may hire consultants, as needed, to assist the Special Master and parties in carrying out any duties under this Agreement, if the parties agree.

24. State Defendants shall pay the reasonable costs of the services of the Special Master and any consultants the Special Master and/or the parties agree are necessary to hire.

25. The Special Master shall:

- (a) advise and assist the parties in the development of an Implementation Plan pursuant to Paragraph 21; and, if they are unable to reach agreement, shall make recommendations with accompanying findings of fact to the Court; and
- (b) determine whether the Implementation Plan is reasonably calculated to ensure that State Defendants meets the terms of the Agreement and objectives set forth in Paragraph 19.

26. The Special Master shall make regular written reports to the parties and the Court regarding the status of State Defendants' progress in meeting the obligations and commitments under the Implementation Plan. The Special Master shall prepare reports on a 120-day basis during the first year of the Agreement, every six months during subsequent years, and one last report no later than 30 days prior to the expiration of the District Court's jurisdiction over this lawsuit.

27. Thirty days prior to filing each such written report, the Special Master shall provide a draft of the report to counsel for State Defendants and Plaintiffs. If requested by either State Defendants or Plaintiffs, the Special Master may, in his discretion, convene a meeting with counsel for State Defendants and Plaintiffs, as well as appropriate State officials, to give the parties an opportunity to discuss the Special master's tentative findings and conclusions.

28. The Special Master shall file the final reports with the Court and provide copies to each party to the lawsuit. Any party to this Agreement may prepare and file with the Court a response to the Special Master's status report pursuant to FRCP Rule 53(f). A copy of any responsive reports filed by the parties to this Agreement must be served upon counsel of record for all other parties to this lawsuit on the date of the filing of the responsive report with the Court.

29. The parties acknowledge that a purpose of this Agreement is to avoid further litigation and disputes between the parties.

V. Duration of the time period to satisfy the terms of the Agreement and Judgment.

30. The Court will retain jurisdiction over this lawsuit until 36 months after court approval of the Settlement Agreement, at which time the Court's jurisdiction will expire. The parties agree that this expiration of jurisdiction shall not be extended, for any reason, beyond the 36-month

period following approval of the Settlement Agreement. The parties also agree that no provision of the Settlement Agreement will be enforceable beyond the 36-month period following approval of the Settlement Agreement, and the parties will not seek to enforce any provision of the Settlement Agreement beyond the 36-month period following approval of the Settlement Agreement.

VI. Nullification of the Agreement.

31. If, for any reason, the Court does not approve this Agreement and the Stipulated Judgment as a fair, reasonable, and adequate settlement of the *Katie A.* Litigation as between the Plaintiffs and State Defendants, or if an order approving this Agreement and the entry of the Stipulated Judgment is not upheld on appeal, if any, this Agreement shall be null and void.

VII. No Admission of Liability

32. The State Defendants expressly deny each and all of the claims and contentions alleged against it by the Plaintiffs in this action. This Agreement, anything contained herein, and any negotiations or proceedings hereunder shall not be construed as or deemed to be an admission, presumption, evidence of, or concession by State Defendants of the truth of any fact alleged or the validity of any claim which has or could have been asserted in this action, or of the deficiency of any defense which has or could have been asserted in this action or of any wrongdoing or liability whatsoever.

33. This Agreement, the fact of its existence, and any term hereof shall not be construed as an admission by State Defendants or used as evidence against State Defendants in any civil, criminal, or administrative action or proceeding except as described below. Any reports, recommendations or findings by the Special Master also shall not be construed as an admission by

the State Defendants or used as evidence against State Defendants in any civil, criminal, or administrative action or proceeding except as described below.

34. This Agreement, the fact of its existence, and any term hereof shall be admissible in evidence in any proceedings in the instant lawsuit. Any reports, recommendations or findings by the Special Master also shall be admissible in any proceedings in the instant lawsuit and shall be considered prima facie evidence of the conclusions contained therein.

VIII. Dispute Resolution Process

35. Before filing any motion to enforce the terms of this Agreement, counsel for the moving party shall contact counsel for the opposing party to discuss thoroughly, preferably in person, the substance of the contemplated motion and any potential resolution. If the parties mutually consent, they may seek to mediate the dispute with the Special Master or any other mutually acceptable mediator. If the dispute cannot be resolved with the assistance of a mediator, then such motion to enforce shall not be filed until thirty (30) days after the parties have conferred to discuss the motion unless either party is threatened with irreparable harm, in which case the motion can be filed in a shorter period of time.

IX. Attorneys' Fees.

36. The State Defendants agree to pay to plaintiffs' counsel a total of \$3.75 million as an all-inclusive attorneys' fees sum. The parties agree that this amount is meant to cover all of plaintiffs' claims for past attorneys' fees and costs, any future attorneys' fees and costs during the implementation period and period of court jurisdiction, and any and all claims by any of plaintiffs' counsel, including but not limited to, claims by or on behalf of, Heller Ehrman and/or its successors.

37. The parties agree that starting 1 day after the court enters its final order approving this settlement following the fairness hearing, interest shall accrue at the legal rate of seven percent per annum on any outstanding balance of the amount listed in paragraph 36.

X. Other Provisions.

38. The parties agree to use their best efforts to carry out the terms of the Agreement. At no time shall any of the parties or their counsel seek to solicit or otherwise advise Class members to submit objections to the Agreement or to appeal from the order giving final approval to the Agreement and entry of the proposed Stipulated Judgment.

39. This Agreement and the proposed Stipulated Judgment contain all the terms and conditions agreed upon by the parties hereto, and no oral agreement entered into at any time nor any written agreement entered into prior to the execution of this Agreement regarding the subject matter of this proceeding shall be deemed to exist, or to bind the parties hereto, or to vary the terms and conditions contained herein.

40. Both parties to this Agreement have participated in its drafting and, consequently, any ambiguity shall not be construed for or against either party.

41. Each of the undersigned attorneys represents that he or she has been duly authorized to enter into this Agreement.

42. This Agreement may only be amended, modified, or supplemented by an agreement in writing signed by both the State Defendants and the Plaintiffs' counsel and approved by the Court.

43. The parties recognize and acknowledge that this Agreement and the proposed Stipulated Judgment must be approved by the Court pursuant to paragraph 14 above. The parties agree to cooperate in good faith in the creation of all papers submitted to the Court to secure such

approval. In the event that the Court does not approve this Agreement and the Stipulated Judgment or the order approving this Agreement and entry of the Stipulated Judgment is reversed on appeal, the parties shall make good faith efforts to modify the Agreement so as to gain judicial approval.

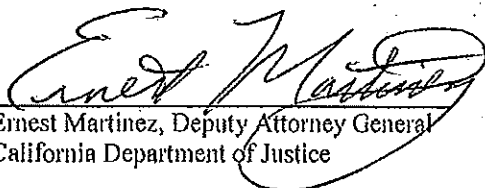
44. Notice, when due to Plaintiffs or State Defendants, shall be given by delivering it, in person or by United States certified first class mail to the parties' counsel of record in this litigation.

45. This Agreement shall inure to the benefit of and be binding upon the legal representatives and any successor of Plaintiffs and the State Defendants, including CDMH.

46. This Agreement may be executed in counterparts, each of which will be deemed to be an original and all of which taken together shall constitute a single instrument. This Agreement may be executed by signature via facsimile transmission or electronic mail which shall be deemed the same as an original signature.

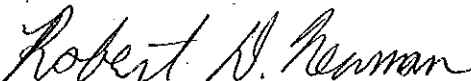
On behalf of State Defendants,

by

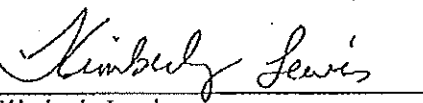

Ernest Martinez, Deputy Attorney General
California Department of Justice

On Behalf of Plaintiffs,

by


Robert D. Newman
Western Center on Law & Poverty

by


Kimberly Lewis
National Health Law Program

by

Patrick Gardner
National Center for Youth Law

approval. In the event that the Court does not approve this Agreement and the Stipulated Judgment or the order approving this Agreement and entry of the Stipulated Judgment is reversed on appeal, the parties shall make good faith efforts to modify the Agreement so as to gain judicial approval.

44. Notice, when due to Plaintiffs or State Defendants, shall be given by delivering it, in person or by United States certified first class mail to the parties' counsel of record in this litigation.

45. This Agreement shall inure to the benefit of and be binding upon the legal representatives and any successor of Plaintiffs and the State Defendants, including CDMH.

46. This Agreement may be executed in counterparts, each of which will be deemed to be an original and all of which taken together shall constitute a single instrument. This Agreement may be executed by signature via facsimile transmission or electronic mail which shall be deemed the same as an original signature.

On behalf of State Defendants,

On Behalf of Plaintiffs,

by

by

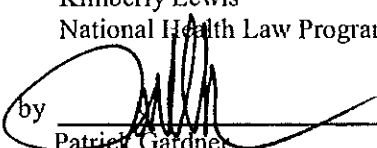
Ernest Martinez, Deputy Attorney General
California Department of Justice

Robert D. Newman
Western Center on Law & Poverty

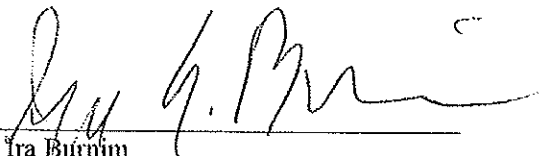
by

Kimberly Lewis
National Health Law Program

by



Patrick Gardner
National Center for Youth Law

by 
Ira Burnim
Bazelon Center for Mental Health Law

by _____
Melinda Bird
Disability Rights California

by _____
Mark Rosenbaum
ACLU of Southern California

IN THE UNITED STATES DISTRICT COURT OF THE DISTRICT OF COLUMBIA

by _____
Ira Burnim

Bazelon Center for Mental Health Law

by  _____

Melinda Bird

Disability Rights California

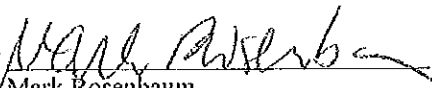
by _____

Mark Rosenbaum

ACLU of Southern California

by _____
Ira Burnim
Bazelon Center for Mental Health Law

by _____
Melinda Bird
Disability Rights California

by 
Mark Rosenbaum
ACLU of Southern California

APPENDIX "A"

IN THE UNITED STATES DISTRICT COURT
FOR THE CENTRAL DISTRICT OF CALIFORNIA
WESTERN DIVISION

KATIE A. etc., et al,		Case No. CV-02-05662 AHM (SHx)
	Plaintiffs,	[PROPOSED] STIPULATED JUDGMENT PURSUANT TO CLASS ACTION SETTLEMENT AGREEMENT
v.		
DIANA BONTÁ, etc., et al,		[Federal Rules of Civil Procedure, Rule 23, subd. (e)]
	Defendants.	Date: ___, 2011 Time: _____ a.m. Crtroom: 14 Judge Hon. A. Howard Matz

Plaintiffs and Defendants, the Director of the California Department of Health Care Services (CDHCS), the Director of the California Department of Social Services (CDSS), as well as non-party (Real Party in Interest) the Director of the California Department of Mental Health (CDMH) (collectively "State Defendants") have entered into a settlement agreement for resolution of this class action matter. Defendant Los Angeles County previously entered into a settlement agreement with plaintiffs which this court approved and entered judgment pursuant thereto on

_____.

Plaintiffs and the State Defendants (the Parties) have submitted the proposed Settlement Agreement to the Court for final approval pursuant to, and in compliance with Federal Rules of Civil Procedure, Rule 23, subdivision (e).

The Court found that the Parties gave notice of the proposed Settlement Agreement to the Plaintiff class and others thereby affected in a reasonable manner. Fed. R. Civ. P. 23(e)(1). On _____, 2011, the Court conducted a fairness hearing pursuant to Fed.R. Civ. P. 23(e)(2), affording the parties and all other interested persons the opportunity to be heard in support of and in opposition to the proposed settlement agreement. After reviewing and considering the papers filed in support of the settlement agreement, the evidence, argument, comments and objections submitted at the fairness hearing, the Court has made a finding that the settlement agreement is fair, reasonable and adequate to bind class members.

The Court having fully considered the matter and good cause appearing, hereby ORDERS, ADJUDGES AND DECREES as follows:

1. The Court has jurisdiction over the claims for injunctive and declaratory relief against State Defendants pursuant to 28 U.S.C. §§ 1331, 1343 and 1367. Venue is proper in the Central District of California pursuant to 28 U.S.C. § 1391(b).

2. This case has been certified as a class action for purposes of all claims against State Defendants on behalf of a class of children in California who:

(a) Are in foster care or are at imminent risk of foster care placement, and

(b) Have a mental illness or condition that has been documented or, had an assessment already been conducted, would have been documented, and

(c) Who need individualized mental health services, including but not limited to professionally acceptable assessments, behavioral support and case management services, family support, crisis support, therapeutic foster care, and other medically necessary services in the home or in a home-like setting, to treat or ameliorate their illness or condition.”

For the purposes of this case, “imminent risk of foster care placement” means that within the last 180 days a child has been participating in voluntary family maintenance services or voluntary family reunification placements and/or has been the subject of either a telephone call to the Child Protective Services hotline or some other documented communication made to a local Child Protective Services agency regarding suspicions of abuse, neglect or abandonment.

3. Judgment is entered pursuant to the terms of the Settlement Agreement incorporated herein, as though fully set forth, and attached as Exhibit A to this Judgment.

4. The Court orders the parties to the Settlement Agreement to perform all of their obligations thereunder.

5. The Court will retain jurisdiction over this lawsuit until 36 months after court approval of the Settlement Agreement, at which time the Court's jurisdiction will expire. Pursuant to Paragraph 30 of the Settlement Agreement, this expiration of jurisdiction shall not be extended, for any reason, beyond the 36-month period following approval of the Settlement Agreement.

6. Pursuant to Paragraph 15 of the Settlement Agreement, the Settlement Agreement settles all claims against the State Defendants in this lawsuit.

7. The Court finds that no just reason exists for delay in entering this Judgment pursuant to the Settlement Agreement. Accordingly, the Clerk is hereby directed to enter his Final Judgment.

8. This Judgment is binding against State Defendants, their successors in office, CDHCS, CDSS, CDMH², the respective officers, agents and employees of these state agencies.

9. The Court will subsequently dismiss this lawsuit against the State Defendants in accordance with the terms of the Settlement Agreement.

Dated _____, 2011

A. Howard Matz
United States District Judge

^{2 2} Because of the possible restructuring of CDMH, at this time it is uncertain as to whether CDMH will be the State agency responsible for performing the obligations assigned to CDMH pursuant to this Agreement. State Defendants agree that the State will perform CDMH's obligations under this Agreement.

APPENDIX “B”

Core Practice Model

The Core Practice Model, which would be utilized by all agencies or individuals who serve class members and their families, adheres to a prescribed set of family centered values and principles that are driven by a definable process. The Core Practice Model values and principles are summarized as follows:

- Services are needs-driven, strengths-based, and family-focused from the first conversation with or about the family.
- Services are individualized and tailored to the strengths and needs of each child and family.
- Services are delivered through a multi-agency collaborative approach that is grounded in a strong community base.
- Family voice, choice, and preference are assured throughout the process.
- Services incorporate a blend of formal and informal resources designed to assist families with successful transitions that ensure long-term success.
- Services are culturally competent and respectful of the culture of the children and their families.
- Services and supports are provided in the child and family’s community.
- Children are first and foremost protected from abuse and neglect and maintained safely in their own homes.
- Children have permanency and stability in their living situations.

In order to benefit from the full array of services they need, at whatever level appropriate and necessary to meet their needs, class members will be best served through five key practice components that are organized and delivered in the context of an overall child and family plan. These five components include the following:

- *Engagement*: Engaging families is the foundation to building trusting and mutually beneficial relationships between family members, team members, and service providers. Agencies involved with the child and family work to reach agreement about services, safety, well-being (meeting attachment and other developmental needs, health, education, and mental health), and permanency.
- *Assessing*: Information gathering and assessing needs is the practice of gathering and evaluating information about the child and family, which includes gathering and assessing strengths as well as assessing the underlying needs. Assessing also includes determining the capability, willingness, and availability of resources for achieving safety, permanence, and well-being of children.
- *Service Planning and Implementation*: Service planning is the practice of tailoring supports and services unique to each child and family to address unmet needs. The plan specifies the goals, roles, strategies, resources, and timeframes for coordinated implementation of supports and services for the child, family, and caregivers.

- *Monitoring and Adapting:* Monitoring and adapting is the practice of evaluating the effectiveness of the plan, assessing circumstances and resources, and reworking the plan as needed. The team is responsible for reassessing the needs, applying knowledge gained through ongoing assessments, and adapting the plan in a timely manner.
- *Transition:* The successful transition away from formal supports can occur when informal supports are in place and providing the support and activities needed to ensure long-term stability.

Child and Family Team: The Work Group has also reached consensus that a subset of Katie A class members need a more intensive approach and service delivery to address their array of needs and strengths, and that this subset would best be served through a formally organized *Child and Family Team*.

In those instances where intensive or complex needs are identified, a formal Child and Family Team would be created to serve as the primary vehicle delivering services in accord with the Core Practice Model in order to bring significant individual team members together to help the family develop a plan of care that addresses their needs and strengths. The principle role of the Child and Family team would be as follows:

- The Child and Family Team (CFT) assembles as a group of caring individuals to work with and support the child and family and, in addition to the various agency and provider staff involved in service delivery to the family, includes at a minimum a facilitator and a family support partner or family specialist for youth.
- Team facilitation can be done by a mental health provider, social worker, or probation officer. The facilitator maintains a committed team and is qualified with the necessary skills to bring resources to the table in support of the child and family.
- An effective CFT continues the process of engagement with the family and or caregivers about their strengths and needs, ensures services are well coordinated, and provides a process for transparent communication.

APPENDIX “C”

The Child And Family Team

Child and Family Team: The Work Group has also reached consensus that a subset of Katie A class members need a more intensive approach and service delivery to address their array of needs and strengths, and that this subset would best be served through a formally organized *Child and Family Team*.

In those instances where intensive or complex needs are identified, a formal Child and Family Team would be created to serve as the primary vehicle delivering services in accord with the Core Practice Model in order to bring significant individual team members together to help the family develop a plan of care that addresses their needs and strengths. The principle role of the Child and Family team would be as follows:

- The Child and Family Team (CFT) assembles as a group of caring individuals to work with and support the child and family and, in addition to the various agency and provider staff involved in service delivery to the family, includes at a minimum a facilitator and a family support partner or family specialist for youth.
- Team facilitation can be done by a mental health provider, social worker, or probation officer. The facilitator maintains a committed team and is qualified with the necessary skills to bring resources to the table in support of the child and family.
- An effective CFT continues the process of engagement with the family and or caregivers about their strengths and needs, ensures services are well coordinated, and provides a process for transparent communication.

APPENDIX “D”

Intensive Home-Based Mental Health Services

Intensive Home-Based Services (IHBS) are individualized, strength-based interventions designed to ameliorate mental health conditions that interfere with a child's functioning. Interventions are aimed at helping the child build skills necessary for successful functioning in the home and community and improving the child's family's ability to help the youth successfully function in the home and community.

IHBS are delivered according to an individualized treatment plan developed by a care planning team (see Intensive Care Coordination). The care planning team develops goals and objectives for all life domains in which the child's mental health condition produces impaired functioning, including family life, community life, education, vocation, and independent living, and identifies the specific interventions that will be implemented to meet those goals and objectives. The goals and objectives should seek to maximize the child's ability to live and participate in the community and to function independently, including through building social, communication, behavioral, and basic living skills. Providers of intensive home-based services should engage the child in community activities where the child has an opportunity to work towards identified goals and objectives in a natural setting. Phone contact and consultation may be provided as part of the service.

IHBS includes, but is not limited to:

- Educating the child's family about, and training the family in managing, the child's disorder;
- Medically necessary skill-based remediation of behaviors, including developing and implementing a behavioral plan with positive behavioral supports and modeling for the child's family and others how to implement behavioral strategies;
- Improving self-care, including by addressing behaviors and social skills deficits that interfere with daily living tasks and with avoiding exploitation by others;
- Improving self-management of symptoms, including assisting with self-administration of medications;
- Improving social decorum, including by addressing social skills deficits and anger management;
- Supporting the development and maintenance of social support networks and the use of community resources;
- Supporting employment objectives, by identifying and addressing behaviors that interfere with seeking and maintaining a job;
- Supporting educational objectives, through identifying and addressing behaviors that interfere with succeeding in an academic program in the community; and
- Supporting independent living objectives, by identifying and addressing behaviors that interfere with seeking and maintaining housing and living independently.

IHBS are highly effective in preventing a child being removed from home (biological, foster, or adoptive) through admission to an inpatient hospital, residential treatment facility or other residential treatment setting.

Settings: IHBS may be provided in any setting where the child is naturally located, including the home (biological, foster or adoptive), schools, recreational settings, child care centers, and other community settings. *Availability:* IBHS are available wherever and whenever needed, including in evenings and on weekends. *Providers:* IHBS are typically provided by paraprofessionals under clinical supervision. Peers, including parent partners, may provide IHBS. More complex cases may require service delivery by a clinician rather than a paraprofessional.

APPENDIX “E”

Intensive Care Coordination

Intensive Care Coordination (ICC) is a service that is responsible for facilitating assessment, care planning and coordination of services, including urgent services [for children/ youth who meet the *Katie A.* class criteria].

Intensive Care Coordination (ICC) provides:

- A single point of accountability for ensuring that medically necessary services are accessed, coordinated, and delivered in a strength-based, individualized, family/youth-driven, and culturally, and linguistically relevant manner;
- Services and supports that are guided by the needs of the youth;
- Facilitation of a collaborative relationship among a youth, his/her family and involved child-serving systems;
- Support the parent/caregiver in meeting their youth’s needs;
- A care planning process ensures that a care coordinator organizes and matches care across providers and child serving systems to allow the youth to be served in their home community; and
- Facilitated development of the Child and Family Planning Team (CFT).³

ICC service components consists of:

Assessment: The CFT completes a strength-based, needs driven, comprehensive assessment to organize and guide the development of an Individual Care Plan (ICP) and a risk management/safety plan. The assessment process determines the needs of the youth for any medical, educational, social, mental health, or other services. ICC may also include the planning and coordination of urgent needs before the comprehensive assessment is completed. The initial assessment will be reviewed as necessary, but at least every 90 days.

Planning: Development of an Individual Care Plan: Using the information collected through an assessment, the care coordinator convenes and facilitates the CFT meetings and the CFT develops a child- and family-centered Individual Care Plan (ICP) that specifies the goals and actions to address the medical, educational, social, mental health, or other services needed by the youth and family. The care coordinator works directly with the youth, the family and others significant to the child to identify strengths and needs of the youth and family, and to develop a plan for meeting those needs and goals.

Referral, monitoring and related activities:

- works directly with the youth and family to implement elements of the ICP;
- prepares, monitors, and modifies the ICP in concert with the CFT; to determine whether services are being provided in accordance with the ICP; whether services in the ICP are adequate; and whether these are changes in the needs or status of the youth and if so, adjusting the plan of care as necessary, in concert with the CFT;

³ The CFT includes, as appropriate, both formal supports, such as the care coordinator, providers, case managers from child-serving agencies, and natural supports, such as family members, neighbors, friends, and clergy.

- will identify, actively assist the youth and family to obtain and monitor the delivery of available services including medical, educational, mental health, social, therapeutic, or other services.

Transition:

- develops with the CFT a transition plan when the youth has achieved goals of the ICP; and
- collaborates with the other service providers and agencies on the behalf of the youth and family.

Settings

ICC may be provided to children living and receiving services in the community (including in TFC) as well as to children who are currently in a hospital, group home, or other congregate or institutional placement as part of discharge planning.

sido identificado ya sea como miembro del grupo social o como una persona involucrada en los intereses de los posibles miembros del grupo social.

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA DEMANDA

El presente juicio por demanda colectiva ha buscado mejorar la salud mental y otros servicios de apoyo que disponibles para los niños y jóvenes que se encuentran bajo cuidado tutelar en California o que se encuentran ante riesgo inminente de ser derivados al cuidado tutelar. La demanda fue entablada el 18 de julio de 2002, ante la corte federal de Los Angeles.¹ La demanda afirma la existencia de violaciones a las leyes federales de Medicaid, la ley para Estadounidenses con Discapacidades, artículo 504 de la Ley de Rehabilitación, y el Código de Gobierno de California artículo 11135, como así también las Cláusulas de Debido Proceso de las Constituciones federal y estatal. *La demanda no pretende obtener ninguna compensación monetaria.* Los Demandados del Estado niegan haber incurrido en algún acto indebido.

¹ El demandante demandó también al Los Angeles County y llegaron a una conciliación separada en nombre de la población del Condado con Los Angeles County en 2003.

DESCRIPCIÓN DEL DEMANDANTE COLECTIVO

Este caso ha sido calificado como demanda colectiva contra los Demandados del Estado en nombre de un grupo social de menores en California que:

- (a) Se encuentran bajo cuidado tutelar o en riesgo inminente de ser derivados a cuidado tutelar, y
- (b) Padecen enfermedades o afecciones mentales que han sido documentadas o, de haberse realizado una evaluación, habrían sido documentadas, y
- (c) Que necesitan servicios mentales individualizados, incluyendo sin limitación evaluaciones profesionalmente aceptables, servicios de apoyo a la conducta y administración de casos, apoyo a la familia, apoyo en casos de crisis, cuidado tutelar terapéutico, y otros servicios médicamente necesarios en el hogar o en instituciones que funcionan como hogares para el tratamiento o mejoramiento de sus enfermedades o afecciones.

A los efectos de este caso, “riesgo inminente de derivación a cuidado tutelar” significa que durante los últimos 180 días, un menor ha estado participando en los servicios de mantenimiento de familia voluntaria o reunificación familiar voluntaria y/o ha sido objeto de ya sea una llamada

telefónica a la línea directa de los Child Protective Services (CPS) o alguna otra comunicación documentada realizada a la agencia local de Child Protective Services (CPS) en relación a la sospecha de maltratos, falta de cuidados o abandono.

RESUMEN DE LOS TÉRMINOS DE LA CONCILIACIÓN

El siguiente es un resumen de los términos de la conciliación. CDHCS, CDSS y el California Department of Mental Health (CDMH) acuerdan lo siguiente:

- Establecer una estructura de administración compartida para desarrollar una dirección de programas y políticas coherentes con un “modelo de práctica base” diseñado para brindar servicios de bienestar infantil y salud mental a los miembros del grupo social de un modo coordinado, amplio y basado en la comunidad. Este modelo de práctica base incluye valores, objetivos y principios que propician el trabajo con las familias y los prestadores de cuidado como un equipo. En el caso de los menores con necesidades intensivas o complejas, el modelo de práctica base incluye además la prestación de servicios mediante un Equipo Formado por el Niño y la Familia.
- Desarrollar un proceso para identificar los miembros del grupo social a fin de vincularlos firmemente con los servicios de salud mental necesarios.

- Facilitar la prestación de Intensive Care Coordination (ICC) e Intensive Home Based Services (IHBS) a ciertos miembros del grupo social con necesidades de salud mental más intensivas.
- Determinar en qué medida la Ley de Medicaid cubre el Therapeutic Foster Care (“TFC”) y posteriormente facilitar la prestación de los servicios cubiertos por Medicaid de TFC a ciertos miembros del grupo social con necesidades de salud intensivas. Para su información, se adjunta a esta notificación una descripción de ICC, IHBS, y TFC. ICC, IHBS y TFC se brindan comúnmente a niños y jóvenes en sus hogares, hogares sustitutos, o comunidades para evitar hospitalizarlos o internarlos en instituciones u otras instalaciones de cuidado grupal. Al prestar estos servicios, los prestadores trabajan en equipo con el menor y la familia y con representantes de las agencias públicas involucradas y coordinan la prestación de servicios de salud mental y otras apoyos.
- Desarrollar y distribuir un manual que informará y capacitará a los prestadores de servicios en ICC y IHBS, y TFC mientras estén cubiertos por Medi-Cal, y describir de qué modo se deben brindar el ICC y IHBS y TFC en forma coherente con el modelo de práctica base. Desarrollar además un plan de implementación que se ocupe del modo en que se proporcionará ICC, IHBS, y TFC a escala estatal.

- Desarrollar y avalar un programa de capacitación para apoyar el modelo de práctica base para que sea usado por los condados y los prestadores.
- Establecer un equipo que recabe información sobre la prestación y los resultados de los servicios incluyendo aquellos de ICC, IHBS y TFC.
- *Nótese que estos servicios pueden no estar disponibles en forma inmediata ya que los Demandados del Estado y CDMH necesitarán varios meses para desarrollar un plan para implementar la conciliación.*
- Pagar un total de \$3.75 millones al Consejo del Grupo Social por todo su trabajo en el pasado, costas y gastos en los que se haya incurrido en este caso y para cualquier honorario de abogados, costas y gastos que surgieran durante el período de implementación and continuidad de la jurisdicción de la Corte en relación a este juicio.

La Corte mantendrá competencia sobre este caso hasta 36 meses después de que la Corte haya aprobado el Acuerdo de Conciliación, en cuyo momento caducará la competencia de la Corte.

PROCEDIMIENTO PARA OBJETAR LA CONCILIACIÓN

SI USTED ESTÁ DE ACUERDO CON LA CONCILIACIÓN

PROPUESTA, NO NECESITA REALIZAR ACCIÓN ALGUNA. Puede

presentarse a audiencia pública en relación a la conciliación propuesta, como se indica a continuación.

EN CASO DE OBJECIONES CONTRA LA CONCILIACIÓN PROPUESTA, SÍRVASE ENVIARLAS POR CORREO, ANTES DE QUE EXPIRE EL PLAZO DE SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA CONCILIACIÓN PROPUESTA, SÍRVASE ENVIAR ESTAS OBJECIONES ANTES DEL PLAZO DE _____, 2011, a: (1) Clerk of the District Court for the Central District of California, 312 N. Spring St., Los Angeles, California 90012, (2) Ernest Martinez, Deputy Attorney General, Office of the Attorney General, State of California, 300 South Spring Street, Suite 1700, Los Angeles, California 90013; and (3) *Katie A. Counsel*, P.O. Box _____, Los Angeles, California 900___. Su objeción debe incluir su nombre y domicilio y, si corresponde, el nombre, domicilio y número telefónico de su abogado. Debe acompañar su objeción con toda la documentación de respaldo o escritos que desea enviar para justificar su objeción y las razones específicas en las que fundamenta su objeción. En caso de que usted no envíe sus objeciones al Secretario de la Corte y al abogado de las partes antes del _____, 2011, entonces no podrá presentar ninguna objeción a la conciliación (ya sea mediante objeción por escrito, comparecencia ante un juicio de equidad, apelación u otro).

**AUDIENCIA SOBRE LA EQUIDAD DE LA CONCILIACIÓN
INCLUYENDO
RAZONABILIDAD DE LOS HONORARIOS DE LOS ABOGADOS**

La Corte llevará a cabo una audiencia para estudiar la conciliación y decidir si el acuerdo es justo, razonable y adecuado y debería ser finalmente aprobado el _____, 2011 a las __.m. (la “Audiencia de Equidad”). La Audiencia de Equidad se llevará a cabo en el Juzgado del Honorable A. Howard Matz, United States District Judge, ubicado en la Sala Judicial N° 14 en la United States District Court, 312 N. Spring St., Los Angeles, California 90012. *Usted puede asistir a esta audiencia y se le dará la oportunidad de declarar si acepta u objeta la conciliación propuesta.* Si la Corte aprueba el acuerdo de conciliación con los Demandados del Estado, el mismo será vinculante para los miembros del grupo social.

El acuerdo de conciliación propuesto contiene una cláusula para la devolución de los gastos por aranceles del Abogado, costas y gastos del litigio para el Consejo del Grupo Social. En la misma fecha y en el mismo lugar que se realice la Audiencia de Equidad, ya sea durante la Audiencia de Equidad o inmediatamente después, la Corte también conocerá sobre cualquier objeción en relación a esta devolución de aranceles, costas y gastos del litigio para el Abogado

del Grupo Social (“Audiencia sobre los Honorarios de los Abogados”). La Corte considerará la solicitud de los Aranceles de los Abogados, costas y gastos del litigio en forma independiente de la consideración de la Corte sobre la equidad, razonabilidad y adecuación de otros términos del Acuerdo de Conciliación propuesto y suministrado en el presente documento.

La Corte podría reprogramar la Audiencia de Equidad y cualquier Audiencia sobre los Aranceles de los Abogados ordenada en forma separada.

CÓMO OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Podrá encontrar una copia del acuerdo de conciliación completo y la Sentencia Propuesta que lo acompaña en las oficinas del condado que prestan servicios de salud mental a niños y jóvenes, y en las oficinas del condados que brindan servicios de bienestar infantil, y en los siguientes sitios web:

CDSS@CA.GOV; DHCS@CA.GOV; y CDMH@CA.GOV

Puede también examinar y copiar el acuerdo de conciliación, los alegatos y otros registros de este juicio durante el horario de atención en la United States District Court, Central District of California, Clerk of the Court, 312 N. Spring Street, Los Angeles, California 90012.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta notificación o la conciliación,

puede también comunicarse con abogados para niños y jóvenes adultos, del siguiente modo: (1) llamando al siguiente número gratuito – (800) 405-8759 – y dejando un mensaje, (2) enviando una carta dirigida a *Katie A. Counsel*, P.O. Box 70040, Los Angeles, California 90070, o (3) enviando un correo electrónico a: **KatieA.Settlement@gmail.com**.

Toda pregunta que pudiera surgirle en relación a los asuntos contenidos en esta notificación o cambios en su domicilio no deberán ser presentados ante la Corte.

FECHA: _____, 2011

Honorable A. Howard Matz
United States District Judge

ACUERDO DE CONCILIACIÓN

Antecedentes

1. Los demandantes entablaron esta demanda titulada *Katie A. et al. v. Diana Bontá et al.* (the "*Katie A.* Litigation"), presentada el 18 julio de 2002, causa N° 02-05662, buscando la aprobación de una medida precautoria, declaratoria y colectiva contra Diana Bontá, Directora del California Department of Health Services; Rita Saenz, Directora del California Department of Social Services, (en adelante denominado en forma colectiva como "El Estado" o "Demandados del Estado") y contra Los Angeles County; Los Angeles County Department of Children and Family Services ("DCFS"); Anita Bock, Directora del Los Angeles County Department of Children and Family Services (en adelante denominado en forma colectiva como "el Condado" o "Demandados del Condado") y personas desconocidas del 1 al 100, inclusive.

2. Los demandantes presentaron la Primera Demanda Enmendada el 20 Diciembre de 2002. La Primera Demanda Enmendada es el alegato operativo en esta acción.

3. El 18 de junio de 2003, esta causa fue aprobada como demanda colectiva a los fines de todas las causas de acción en la Primera Demanda Enmendada de los Demandantes contra los Demandados del Estado en representación de un grupo demandante de menores en California que:

(a) Se encuentran bajo cuidado tutelar o en riesgo inminente de ser derivados a cuidado tutelar, y

(b) Padecen enfermedades o afecciones mentales que han sido documentadas o, de haberse realizado una evaluación, habrían sido documentadas, y

(c) Que necesitan servicios mentales individualizados, incluyendo sin limitación evaluaciones profesionalmente aceptables, servicios de apoyo a la conducta y administración de casos, apoyo a la familia, apoyo en casos de crisis, cuidado tutelar terapéutico, y otros servicios médicamente

necesarios en el hogar o en instituciones que funcionan como hogares para tratar o mejorar sus enfermedades o afecciones.

A los efectos de este caso, “riesgo inminente de derivación a cuidado tutelar” significa que durante los últimos 180 días, un menor ha estado participando en los servicios de mantenimiento de familia voluntaria o reunificación familiar voluntaria y/o ha sido motivo de ya sea a llamada telefónica a la línea directa de los Child Protective Services (CPS) o alguna otra comunicación documentada realizada a la agencia local de Child Protective Services (CPS) en relación a la sospecha de maltratos, falta de cuidados o abandono.

4. Entre los miembros del grupo demandante se encuentran niños que viven con sus padres o parientes o en cualquiera de los diferentes lugares de derivación, tales como hogares grupales u hogares tutelares.

5. Los demandantes pactaron un acuerdo de conciliación (en adelante “Conciliación del Condado”) con los Demandados del Condado, en relación a todas las reclamaciones de la Primera Demanda Enmendada, y dicha Conciliación del Condado fue aprobada por la Corte el 16 de julio de 2003.

6. El 14 de marzo de 2006, la Corte Distrital declaró procedente la petición de los Demandantes de una medida cautelar en esta causa. *Katie A. v. Bonta*, 433 F.Supp.2d 1065 (C.D.Cal. 2006). El 23 de Marzo de 2007, el Noveno Tribunal de Apelaciones de Distrito anuló la medida cautelar y lo devolvió para que se continúen los procedimientos de acuerdo a su opinión. *Katie A. ex rel Ludin v. Los Angeles County*, 481 F.3d 1150 (9th Cir. 2007).

7. California Department of Health Care Services (DHCS) es el sucesor en interés del California Department of Health Services, Toby Douglas es el sucesor en interés de Diana Bontá

como Director del DHCS, y Will Lightbourne es el sucesor en interés de Rita Saenz como Director of the California Department of Social Services (CDSS) y ambos han asumido sus responsabilidades y han sido sustituidos en su respectiva calidad oficial de Demandados del Estado en el presente juicio conforme a derecho.

8. La defensa del Estado niega toda acción indebida afirmada en la presente acción y niega toda responsabilidad de cualquier tipo en relación a los Demandantes y al Grupo Demandante.

9. Los Demandados del Estado afirman que tienen una defensa meritoria que hicieron valer en la presente acción, y afirman que han suscrito el presente Acuerdo de Conciliación (“Acuerdo”) junto con la Sentencia Propuesta que acompaña (una copia de la cual se adjunta al presente documento, designado como Appendix “A” y se ha incorporado aquí a modo de referencia) con el único propósito de resolver y conciliar las reclamaciones de los Demandantes, a fin de evitar los gastos y desviación de su personal a causa de un litigio prolongado, y para poner fin a las reclamaciones ejercidas contra los Demandados del Estado.

10. La Corte citó a un Perito Especial el 3 de abril de 2009, para facilitar los esfuerzos de las partes por lograr un acuerdo en relación a los asuntos legales y/o estrechar diferencias entre las partes del caso. Las partes, junto con un pequeño grupo de otros participantes interesados (en adelante “grupo de negociación”) se embarcaron en un largo e intenso proceso de negociación durante un año y medio, bajo las directivas del Perito Especial, empleando un proceso de toma de decisiones basada en los intereses, el cual requirió del consenso del grupo de negociación para dar recomendaciones.

11. Los intereses del grupo demandante se verán beneficiados en forma substancial por medio de la conciliación del *Katie A.* litigation basada en los compromisos reflejados en el presente Acuerdo, y no en un juicio basado en los méritos de la demanda.

12. En consideración a los convenios y compromisos incluidos en el presente Acuerdo y con la intención de estar legalmente obligados por los mismos, los Demandantes y los Demandados del Estado, representados por el abogado que suscribe, establecen y acuerdan que todas las reclamaciones de los Demandantes contra los Demandados del Estado que se presentaron en la Demanda interpuesta el 18 de julio de 2002, o en la Primera Demanda Enmendada interpuesta el 20 de Diciembre de 2002, incluyendo cualquier reclamo contra los empleados y funcionarios de los Demandados del Estado, se resolverán en los siguientes términos y condiciones establecidos en el presente Acuerdo:

I. Jurisdicción y Autoridad de la Corte

13. La Corte Distrital de los Estados Unidos tiene competencia en las reclamaciones contra todos los Demandados conforme a 28 U.S.C. §§ 1331, 1343 y 1367. La jurisdicción le corresponde al Distrito Central de California conforme a 28 U.S.C. § 1391(b).

14. Luego de que el Grupo Demandante y otros afectados por este Acuerdo hayan sido notificados y se le haya brindado la oportunidad de dar su opinión en relación al mismo, la Corte determinara si aprueba el presente Acuerdo por ser una conciliación justa, razonable y adecuada del *Katie A.* Litigation y dicta la Sentencia Propuesta que se acompaña. Salvo aclaración en contrario, los términos de este Acuerdo no tendrán vigencia hasta tanto la Corte dictamine la aprobación de este Acuerdo.

15. Este Acuerdo concilia todas las reclamaciones contra los Demandados del Estado presentados en esta causa.

16. Los Demandados del Estado aceptan que este Acuerdo es vinculante para el California Department of Mental Health (“CDMH”), un tercero que no forma parte de este Acuerdo.

17. Las partes de este Acuerdo reconocen que debe notificarse de este Acuerdo al Grupo Demandante y a otros afectados por el mismo y brindarles la oportunidad de dar su opinión en relación a este. Inmediatamente después de la formalización del Acuerdo, las partes elaborarán en forma conjunta el contenido de la notificación escrita que se hará al Grupo Demandante, así como también negociarán los términos sobre la forma en que se notificará al Grupo Demandante.

18. Inmediatamente después de la formalización de este Acuerdo y de la finalización de las actividades descritas en el párrafo 17, los Demandantes solicitarán a la Corte a través de solicitud y/o petición de aprobación preliminar del presente Acuerdo. Los Demandantes pedirán a la Corte que dicte una sentencia que, considerablemente, tenga la forma siguiente:

(a) Proporcione la aprobación preliminar al Acuerdo (el cual incluye la Sentencia Propuesta) por ser justa, razonable y adecuada para los miembros del Grupo Demandante;

(b) Apruebe los procedimientos propuestos para notificar a los miembros del Grupo Demandante del Acuerdo; y

(c) Programe una audiencia en equidad para determinar si el Acuerdo debe ser finalmente aprobado como justo, razonable y adecuado para los miembros del Grupo Demandante y si debe dictarse la Sentencia Propuesta.

II. Objetivos y Acuerdos Específicos.

19. Los objetivos de este Acuerdo son:

- (a) Facilitar la prestación de una gama de servicios brindados en forma coordinada, amplia y basada en la comunidad que combine acceso, planificación, prestación y transición de los servicios con un enfoque coherente e inclusivo.
- (b) Apoyar al desarrollo y prestación de una estructura de servicios y sistema fiscal que apoye un modelo base de prácticas y servicios, como se describe en (a),
- (c) Apoyar a una solución efectiva y sustentable que incluya normas y métodos para lograr una supervisión basada en la calidad, junto con capacitación y educación que apoyen los modelos de práctica y fiscales;
- (d) Atender a la necesidad de ciertos miembros del grupo demandante con necesidades más intensivas (en adelante “Miembros del Subgrupo Demandante”), de recibir los servicios de salud mental médicamente necesarios en su domicilio, un entorno familiar o la institución que funcione como hogar más apropiada a sus necesidades, para facilitar la unidad, y satisfacer sus necesidades de seguridad, permanencia y bienestar.

(1) Los Miembros del Subgrupo Demandante son niños y jóvenes que tienen derecho a todas las prestaciones de Medi-Cal, cumplen con las necesidades médicas, tienen un caso abierto de servicios de bienestar infantil, y cumplen con alguno de los siguientes criterios:

A. El menor recibe o se evalúa actualmente el que reciba: Servicios integrales, cuidado tutelar intensivo u otros servicios intensivos, servicios de terapia del comportamiento, tarifa de cuidados especializados debido a

necesidades de salud conductual o intervención/estabilización en casos de crisis.

B. El menor se encuentra o se evalúa actualmente su derivación a un hogar grupal (RCL 10 o superior), un hospital psiquiátrico o institución de tratamiento de la salud mental las 24 horas, o ha recibido su 3rd o derivación o más en 24 meses debido a necesidades de salud conductual.

20. Para cumplir con los objetivos mencionados, los Demandados del Estado acuerdan lo siguiente:

(a) CDMH¹ y CDHCS desarrollarán y distribuirán un Manual de Especialidad de Salud Mental de Medi-Cal (en adelante “Manual de Documentación”) para informar e instruir a los prestadores sobre:

(1) Dos gamas de servicios, Intensive Care Coordination (ICC), como se describe en Appendix “E”, e Intensive Home Based Services (IHBS), como se describe en Appendix “D”, que se prestarán al Subgrupo Demandante como se describe en el párrafo 19 (d)(1) de este Acuerdo;

(2) Therapeutic Foster Care (TFC), como se describe en *Katie A. v. Bonta*, 433 F.Supp.2d 1065, 1072 (C.D.Cal. 2006), e.g., Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), Intensive Treatment Foster Care (ITFC).

A. CDMH, CDSS y DHCS, en colaboración con el grupo de negociación,

¹ Debido a la posible reestructuración del CDMH, actualmente las partes no tienen la certeza de si CDMH será la agencia Estatal responsable de cumplir con las obligaciones asignadas al CDMH conforme a este Acuerdo. La Defensa del Estado acuerda que el estado cumplirá con las obligaciones de CDMH's conforme a este Acuerdo.

incluyendo los consultores, de ser necesario, determinarán:

1. En qué medida las actividades y/o componentes de los servicios de TFC están amparados por la Ley de Medicaid, incluyendo EPSDT, 42 U.S.C. § 1396 et seq., y su reglamento de aplicación, y
2. En qué medida las actividades y/o componentes de los servicios están cubiertos por el Plan estatal de Medicaid de California;
3. En qué medida debe modificarse, si ello corresponde, el Plan Estatal para cubrir los servicios de TFC que están amparados por la Ley de Medicaid pero que no están cubiertos por el Plan Estatal.

(b)(1) El Manual de Documentación describirá el modo en que se debe brindar ICC y IHBS de acuerdo con los Principios y Componentes de un Modelo Base de Prácticas (en adelante “Modelo Base de Prácticas”), tal como se describe en Appendix “B”, usando un Equipo Formado por el Niño y la Familia, tal y como se describe en Appendix “C”.

(b)(2) El Manual de Documentación será elaborado por los Demandados del Estado con la colaboración del grupo de trabajo de la negociación y otros interesados por acuerdo de las partes. Los capítulos de este manual podrán incluir, aunque sin limitación:

- Descripción del grupo demandante elegible
- Cómo derivar a un menor a servicios IHBS/ICC, y TFC

- Descripción general de las actividades de servicios reembolsables de Medi-Cal que pueden incluir las gamas de servicios de IHBS/ICC y los servicios TFC
- Autorización/utilización
- Peticiones
- Descripción general de otros servicios de actividades no reembolsables de Medi-Cal que pueden formar parte de los modelos de gamas de servicios IHBS/ICC, y servicios TFC
- Normas y Requisitos de Facturación
- Documentación Requerida
- Ejemplos de Formularios
- Dónde llamar para obtener información adicional

(b)(3) CDMH y CDSS publicarán el borrador del Manual de Documentación en sus sitios de Internet durante un período de treinta días en los que se recibirán comentarios públicos. CDMH y CDSS publicarán una copia final del Manual de Documentación en los sitios de Internet de CDMH y DHCS.

(c) DHCS redactará y enviará las enmiendas a las definiciones de los servicios de Targeted Case Management (TCM) y Servicios de Rehabilitación en el Plan de Medicaid del Estado de California mediante las enmiendas del Plan Estatal, en conformidad con el Core Practice Model (CPM) y ICC y IHBS y el Informe de la Consultora Mercer, *Análisis Katie A. Fase I y II*, con fecha del 6 de octubre de 2010.

(d) CDMH y CDSS establecerán una estructura de administración compartida para desarrollar una declaración de visión compartida, dirección de políticas y programas, instrucciones claras y coherentes, y mediciones de los resultados y la contabilidad en conformidad con el Modelo Base de Prácticas (Appendix “B”). A estos efectos, en común acuerdo con el grupo de negociación, CDSS y CDMH desarrollarán una Guía de Modelo Base de Prácticas y establecerán grupo de tareas de administración conjunta con representantes de cada departamento y representantes de los jóvenes, mentor de padres, el condado y los grupos prestadores. Se consultará a CMHDA y CWDA sobre la membresía del grupo y se les solicitará que se unan al grupo de tareas. El trabajo del grupo de tareas de administración conjunta se centrará en la meta de crear un sistema de administración conjunta del programa. El grupo de Tareas analizará y realizará un informe dentro de los 12 meses luego de la formalización de este Acuerdo sobre los métodos propuestos para hacerlo, incluyendo:

- (1) Establecimiento de una estructura de administración compartida entre CDMH y CDSS mediante la legislación y/o regulaciones, u otros medios para articular un conjunto de metas, declaraciones de visión y misión compartidas. Las políticas y procedimientos deberían ser elaborados y revisados en forma conjunta, según sea necesario, para garantizar que la práctica compartida sea coherente y para evitar la duplicación, y suministrar un proceso rápido para la resolución de conflictos;
- (2) Construcción en base a las relaciones existentes con todas las agencias

estatales que prestan servicios a jóvenes bajo tutela con necesidades de salud mental incluyendo el Departamento Estatal de Educación, el Departamento de Programas de Alcohol y Drogas de California, y el Departamento de Corrección y Rehabilitación de California para coordinar la información y los servicios de manera coherente con el Modelo Base de Prácticas. Ya existen establecimientos para desarrollar relaciones con el Equipo Interagencia del Estado, el Consejo de Bienestar Infantil, comisiones locales calificadas, etc.;

(3) Creación de un sistema y procedimientos cruzados para apoyar y administrar las responsabilidades compartidas entre CDMH y CDSS para la prestación de servicios para los jóvenes bajo tutela, de manera que el mismo sea coherente con el Core Practice Model (CPM) a nivel del condado/local;

(4) Elaborar y suministrar modelos para consideración de las agencias locales para trabajar juntos de manera más efectiva, incluyendo, por ejemplo, integración de departamentos de servicios, modelos de administración de coordinación específicos que supervisen los departamentos, y/o Memoranda of Understandings (MOUs) para una colaboración específica.

(e) CDSS y CDMH, de común acuerdo con la fuerza de trabajo de administración conjunta, elaborarán y avalarán herramientas de práctica, programas de capacitación, protocolos de mejora de la práctica, y sistemas de control de calidad para acompañar el Core Practice Model (CPM) compartido, a fin de apoyar la integración y/o coordinación de los servicios para los servicios de salud mental para los miembros del grupo

demandante;

- (f) CDSS y CDMH desarrollarán un programa de capacitación cruzada y materiales educativos para el personal de bienestar infantil y salud mental.
 - (1) CDSS iniciará una solicitud al Statewide Training and Education Committee (STEC) para definir el proceso y plazo para el desarrollo de programa.
 - (2) El propósito del material educativo es que sea usado por los condados y los prestadores para explicar el sistema a los niños y a las familias incluyendo un equipo de herramientas conjuntas de DSS/DMH para los Equipos Formados por el Niño y la Familia.
 - (3) El programa desarrollará y promoverá oportunidades estructuradas para trabajar en grupos en todos los niveles, tales como las reuniones de Toma de Decisiones en Equipo, Equipos formados por el Niño y la Familia, Redes de Operaciones entre Agencias, Equipos de Revisión de la Derivación entre Agencias, reuniones de Equipos de Liderazgo Departamental, etc.
- (g) CDSS, CDMH y DHCS aclararán y brindarán orientación sobre las leyes estatales y federales para implementar este Acuerdo para que los condados y los prestadores las comprendan y las apliquen en forma coherente. Los métodos propuestos podrían incluir, aunque sin limitación:
 - (1) Prestación de asistencia técnica permanente para incluir los manuales, la orientación sobre las políticas, la educación y la capacitación, el desarrollo del programa y fidelidad a los principios del programa para acompañar el Core Practice Model (CPM);

- (2) Garantizar que las unidades de cumplimiento de la auditoría sigan los lineamientos para la facturación y la documentación elaborados por el departamento estatal para garantizar que se utilicen niveles de auditoría apropiados y coherentes para analizar los pedidos de facturación de los prestadores;
 - (3) Fomentar que la política local y la discreción/variaciones regulatorias estén en conformidad con el Core Practice Model (CPM).
- (h) Buscando mejorar los métodos y pertinencia de la recolección, vinculación y distribución de la información para acompañar el Core Practice Model (CPM) a nivel estatal, del condado y de prestadores, CDSS y CDMH elaborarán una propuesta para incorporar al plan de implementación para producir y publicar la información incluyendo información relevante sobre las reclamaciones para el grupo demandante. Los métodos propuestos podrían incluir:
- (1) Mejora en el intercambio y vinculación de la información entre CDSS y CDMH y otros departamentos locales y estatales;
 - (2) Desarrollo y difusión de una política clara de asuntos relacionados con el intercambio/privacidad de la información entre bienestar infantil, salud mental y otros mentores de servicios;
 - (3) Utilizar los parámetros de referencia para la recolección de información existente y las referencias y desempeño existentes en la mayor medida posible;
 - (4) Determinar qué se evaluará para reflejar los resultados esperados. Utilizar los resultados evaluados para evaluar el progreso de la implementación del

Core Practice Model (CPM) y el acceso a servicios de salud mental domiciliarios intensivos y coordinación de los cuidados intensivos para los servicios de salud mental. La información relevante podría incluir:

- A. *Información del estado clínico*, incluyendo evaluación de los síntomas, riesgos, funcionalidad, fortalezas y demás información sobre el modo en que lleva adelante su vida el miembro del grupo demandante;
 - B. *Información sobre la utilización*, incluyendo información de la resolución, como por ejemplo, cuidados posteriores a la estadía en el hospital, hogares grupales, etc.
 - C. *Información sobre las instalaciones de tratamiento* que reflejen lo que sucede dentro del episodio del tratamiento. Controlar el grado en que se prestan los CFT y los servicios intensivos de salud mental domiciliarios, y la coordinación de cuidados intensivos para los servicios de salud mental y hasta qué punto se brindan conforme al Core Practice Model (CPM);
- (i) Se elaborará un proceso de identificación de los miembros del grupo demandante a fin de vincularlos firmemente a los servicios.
 - (j) DHCS, CDSS y CDMH establecerán un Grupo de Tareas de Información y Calidad para producir un informe con las acciones y plazos recomendados para:
 - (1) Establecer un método para rastrear la utilización de las gamas de servicios de ICC y IHBS y TFC para los miembros del subgrupo demandante.

- (2) Utilizar los requisitos de la Revisión Externa de Calidad y California Child and Family Services Review (C-CFRS) para desarrollar un plan de acción para la recolección de información sobre los menores del grupo demandante que reciben servicios de salud mental.
- (3) Recolectar elementos de información en los sistemas de información de DHCS, CDSS y CDMH específicos del grupo demandante (y subgrupo demandante) a fin de evaluar la utilización (patrones, tipo, frecuencia, intensidad de servicios) y acceso de manera oportuna al cuidado.
- (4) Facilitar una reunión de interesados para solicitar ideas de los interesados y de los condados sobre la información del grupo demandante que los departamentos deberían obtener y publicar. Establecer un procedimiento y plazo para la obtención y publicación de la información que resulta útil para los Condados, interesados, departamentos Estatales para atender las necesidades de los menores del grupo demandante.
- (5) Todos los informes y plazos se publicarán en los sitios web de CDMH y CDSS.

(k) Modelos

- (1) Los Departamentos Estatales, con el acuerdo del Grupo de Trabajo de Negociación, llevarán a cabo una evaluación estatal de la preparación de los condados para desarrollar y dar forma a sistemas de prestación de servicios de

bienestar infantil y salud mental que puedan implementar en forma exitosa el Core Practice Model (CPM).

- (2) El equipo de evaluación de la preparación recibirá información de la California Mental Health Directors' Association (CMHDA), California Welfare Directors Association (CWDA), los prestadores, los miembros de la familia, y organizaciones al servicio de jóvenes.
- (3) La evaluación de la preparación se centrará en:
 - A. La fuerza de la conexión y colaboración entre bienestar infantil y salud mental para administrar una gama de servicios que acompañen al IHBS, y ICC y TFC;
 - B. La capacidad de transmitir las lecciones aprendidas a otros programas y condados. Se utilizarán las herramientas de monitoreo empleadas por el Estado para identificar los condados; y
 - C. Si los condados tienen o pueden construir un sistema que preste servicios en todo el condado.
- (4) A tal fin, el Estado seleccionará al menos un condado grande, uno mediano y uno pequeño para apoyar el desarrollo de capacitación y sistemas intensivos para el CPM.
- (5) Los condados seleccionados serán utilizados para probar las estrategias para la prestación de los servicios de salud mental de acuerdo al CPM. En segundo lugar, estos sitios pueden servir como la primera fase de un esfuerzo estatal por prestar servicios en conformidad con el CPM, de acuerdo al Plan de Implementación.
- (6) Los condados modelo seleccionados recibirán capacitación, asistencia técnica y

otros incentivos de apoyo del Estado por sus estrategias para probar el CPM.

(7) La intención del modelo es facilitar la adopción del Modelo CPM y no tiene la intención de inhibir la prestación de IHBS, ICC, TFC y el Core Practice Model en otros condados que no sean los condados modelos.

(l) El plan de implementación se ocupará del modo en que el CPM y IHBS/ICC y TFC se llevarán a escala estatal.

(m) Los Departamentos Estatales, con la aprobación del Grupo de Negociación y los expertos fiscales y asesores técnicos, conformarán un Grupo de Tareas Fiscalizador del CPM.

(1) El Grupo de Tareas Fiscalizador del CPM se centrará en incentivos realizables, alcanzables y fiscalmente sensatos para brindar IHBS, ICC, y TFC dentro del marco del Core Practice Model (CPM) y reducir el uso de hogares grupales y otras derivaciones en instituciones.

(2) El Grupo de Tareas Fiscalizador de CPM elaborará una propuesta o plan estratégico que:

A. 1. Evalúe el modo de apoyar a los condados en la implementación del IHBS y el ICC para el subgrupo demandante de niños, incluyendo una mejora en el flujo de ingresos a los condados que atienden a los jóvenes conforme al CPM y una mejora en la confiabilidad de la elegibilidad de los prestadores y condados; y

2. Asegure fuentes alternativas para los servicios o aportes para EPSDT por parte del estado o del condado.

B. Explore métodos u opciones para reducir la dependencia de las instituciones

fuera del hogar, incluyendo:

1. Usar los hogares grupales principalmente para la estabilización de crisis a corto plazo;
2. Establecer programas piloto que demuestren la efectividad de las alternativas a los hogares grupales para casos de necesidad extrema y/o jóvenes en alto riesgo;
3. Desarrollar modelos o recursos de subvención que faciliten la transformación de las camas existentes en los hogares grupales en servicios intensivos con base en el hogar;
4. Permitir la prestación de servicios de transición dentro de la comunidad para los residentes de hogares comunitarios a fin de facilitar el alta;
5. Reconfigurar los comités de monitoreo de salud mental multiagencias para brindar un acceso oportuno a los servicios y apoyo de salud mental en conformidad con el Core Practice Model (CPM) y para reducir el uso, o la dependencia, de la atención fuera del hogar

(3) Las partes adoptarán el plan o propuesta del Grupo de Tareas Fiscalizador del CPM al Plan de Implementación en la mayor medida posible en relación al tiempo disponible.

III. Plan de Implementación

21. Las partes acuerdan desarrollar un Plan de Implementación específico para cumplir con las obligaciones de este Acuerdo. Las partes comenzarán a desarrollar el Plan de Implementación una vez que la Corte apruebe en forma preliminar el Acuerdo de Conciliación y completará el Plan de Implementación dentro de los seis meses siguientes a que la Corte haya dado su aprobación definitiva al Acuerdo de Conciliación. El Plan de Implementación se elaborará con la ayuda de un Perito Especial, según sea necesario, y se ocupará de todos los siguientes temas: pasos específicos, servicios a prestar, y plazo para la implementación. Las partes comprenden y acuerdan que el plazo de implementación incluirá las actividades o prestaciones que pueden completarse, o estar en curso, a finalizar la jurisdicción de la corte.

IV. Función del Perito Especial

22. Las partes acuerdan que la designación de Richard Saletta como Perito Especial continuará y se extenderá durante treinta y seis meses luego de que la corte apruebe el Acuerdo de Conciliación. En el supuesto de que Mr. Saletta no pueda continuar cumpliendo estas funciones durante la vigencia del Acuerdo, los Demandantes y los Demandados del Estado intentarán determinar un candidato de mutuo acuerdo para su reemplazo, sujeto a la aprobación de la Corte. Si los Demandantes y los Demandados del Estado no lograsen llegar a un acuerdo en relación a un reemplazo acordado entre las partes para Mr. Saletta, cada una de las partes postulará un candidato que quedará a consideración y designación de la Corte.

23. El Perito Especial se podrá comunicar libremente con las partes o con sus abogados. Con acuerdo de las partes, el Perito Especial podrá contratar consultores, según sea necesario, para que colabore con el Perito Especial y las partes al desempeñar las obligaciones del presente Acuerdo.

24. Los Demandados del Estado pagarán los gastos razonables por los servicios del Perito Especial y todo consultor que el Perito Especial o las partes consideren necesario contratar.

25. El Perito Especial:

- (a) asesorará y asistirá a las partes en la elaboración de un Plan de Implementación conforme al párrafo 21; y, en caso de que las mismas no logren llegar a un acuerdo, hará recomendaciones a la Corte acompañadas de los fundamentos; y
- (b) determinará si el cálculo de los plazos del Plan de Implementación es razonable para garantizar que los Demandados del Estado cumplan con los términos del Acuerdo y los objetivos establecidos en el Párrafo 19.

26. El Perito Especial realizará regularmente informes por escrito a las partes y a la Corte en relación al progreso de los Demandados del Estado en el cumplimiento de las obligaciones y compromisos establecidos en el Plan de Implementación. El Perito Especial elaborará informes cada 120 días durante el primer año del Acuerdo, cada seis meses durante los años subsiguientes, y un informe final hasta treinta días antes del vencimiento de la jurisdicción de la Corte Distrital en relación a este juicio.

27. Treinta días antes de presentar cada uno de los informes mencionados, el Perito Especial suministrará a los abogados de los Demandados del Estado y de los Demandantes un borrador del informe. En caso de que lo solicitaran los Demandados del Estado o los Demandantes, el Perito Especial podrá, a discreción, acordar una reunión con los abogados de los Demandados del Estado y de los Demandantes, así como los funcionarios estatales correspondientes, para dar a las partes la oportunidad de discutir los fundamentos y las conclusiones tentativas del Perito Especial.

28. El Perito Especial presentará los informes finales ante la Corte y suministrará copias a cada una de las partes del juicio. Cualquiera de las partes del presente Acuerdo podrá preparar y presentar ante la Corte una respuesta al informe de estado del Perito

Especial conforme al FRCP Rule 53(f). Se debe entregar al abogado de todas las otras partes del juicio, para su registro, una copia de toda respuesta al informe presentada por las partes de este Acuerdo en la misma fecha que se presenta la respuesta al informe ante la Corte.

29. Las partes reconocen que el propósito de este Acuerdo es evitar la extensión del litigio y los conflictos entre las partes.

V. Plazo para cumplir con los términos del Acuerdo y la Sentencia.

30. La Corte mantendrá la jurisdicción en relación a este juicio hasta 36 meses después de que la Corte apruebe el Acuerdo de Conciliación, momento en el que finalizará la jurisdicción de la Corte. Las partes acuerdan que el plazo de jurisdicción de la Corte no se extenderá, por ninguna razón, más allá del período de 36 meses luego de la aprobación del Acuerdo de Conciliación. Las partes además acuerdan que ninguna de las cláusulas del Acuerdo de Conciliación será exigible luego del período de 36 meses después de la aprobación del Acuerdo de Conciliación, y las partes no pretenderán exigir el cumplimiento de ninguna de las cláusulas del Acuerdo de Conciliación luego del período de 36 meses después de la aprobación del Acuerdo de Conciliación.

VI. Anulación del Acuerdo.

31. Si por alguna razón la Corte no aprobara el presente Acuerdo y la Sentencia Propuesta por ser una conciliación justa, razonable y adecuada del *Katie A. Litigation* entre los Demandantes y los Demandados del Estado, o si no se confirmara en apelación, en caso de corresponder, una orden que apruebe este Acuerdo y el dictado de la Sentencia Propuesta, el presente Acuerdo no tendrá validez.

VII. Negación de la Responsabilidad

32. Los Demandados del Estado niegan expresamente todas y cada una de las reclamaciones y argumentos afirmados en su contra por los Demandantes en este juicio. Este Acuerdo, todo lo

que contiene, y toda negociación y procedimiento que se realice en virtud del mismo, no serán considerados como la aceptación, presunción, prueba o concesión de los Demandados del Estado en cuanto a la veracidad de alguno de los hechos afirmados o la validación de alguna de las reclamaciones que se haya presentado o se pudiera haber presentado en esta acción, o de una deficiencia en las defensa que se ejerció o pudiera haberse ejercido en esta acción o de cualquier acto indebido o responsabilidad de ningún tipo.

33. El presente Acuerdo, el hecho de que exista, o cualquiera de sus términos no serán considerados como una aceptación por parte de los Demandados del Estado, o usado como evidencia contra los Demandados del Estado en ninguna acción o procedimiento civil, penal o administrativo, salvo como se indica a continuación. Todos los informes, recomendaciones o fundamentos del Perito Especial no serán interpretados como una aceptación por parte de los Demandados del Estado o usado como evidencia contra los Demandados del Estado en ninguna acción o procedimiento civil, penal o administrativo, salvo como se indica a continuación.

34. El presente Acuerdo, el hecho de que exista, o cualquiera de sus términos serán admitidos como evidencia en cualquier procedimiento del presente juicio. Todos los informes, recomendaciones o fundamentos del Perito Especial serán también admisibles en cualquier procedimiento en el presente juicio y se considerarán a prima facie como evidencia de las conclusiones del mismo.

VIII. Proceso de Resolución de Conflictos

35. Antes de presentar un pedido de ejecución de los términos de este Acuerdo, el abogado de la parte accionante se comunicará con el abogado de la otra parte para discutir completamente, de ser posible personalmente, lo esencial de la acción considerada y alguna posible solución. Con el

acuerdo mutuo de las partes, las mismas podrán solicitar que el Perito Especial o algún otro mediador mutuamente aceptado, medie en el conflicto. Si no se puede resolver el conflicto con la ayuda de un mediador, entonces no se presentará el pedido de ejecución hasta treinta (30) días después de que las partes hayan aceptado discutir el pedido, salvo que alguna de las partes esté en riesgo de sufrir un daño irreparable, en cuyo caso se podrá presentar el pedido en un período menor de tiempo.

IX. Honorarios de los Abogados.

36. Los Demandados del Estado acuerdan pagar al abogado de los Demandantes un total de \$3.75 millones como tarifa integral por los honorarios de abogados. Las partes aceptan que este monto está destinado a cubrir todas las reclamaciones por los honorarios de los abogados y costas previos, todo futuro honorario y costa que se origine durante el período de implementación y el período de la jurisdicción de la corte y cualquier otro reclamo por parte del abogado de los demandantes, incluyendo, sin limitación, las reclamaciones en nombre de Heller Ehrman y/o sus sucesores.

37. Las partes acuerdan que a partir del primer día luego de que la corte dicte sentencia definitiva aprobando esta conciliación, luego de la audiencia en equidad, se devengarán intereses a la tasa legal del siete por ciento anual sobre cualquier saldo pendiente del monto descrito en el párrafo 36.

X. Otras Disposiciones.

38. Las partes acuerdan realizar su mayor esfuerzo para cumplir con los términos de este Acuerdo. Bajo ninguna circunstancia, alguna de las partes o sus abogados ofrecerán o aconsejarán a los miembros del Grupo Demandante para que presenten objeciones al Acuerdo o que apelen la orden que da la aprobación definitiva al Acuerdo y dicta la Sentencia Propuesta.

39. Este Acuerdo y la Sentencia Propuesta contienen todos los términos y condiciones acordados por las partes, y ningún acuerdo oral realizado en ningún momento, como tampoco ningún acuerdo escrito realizado antes de la formalización del presente Acuerdo en relación al objeto de este procedimiento, será considerado válido o vinculante para las partes, ni modificará los términos y condiciones del presente acuerdo.

40. Las partes de este Acuerdo han participado en su elaboración y, por lo tanto, ninguna ambigüedad será interpretada a favor o en contra de ninguna de las partes.

41. Cada uno de los abogados abajo firmantes declara haber sido debidamente autorizado para celebrar el presente Acuerdo.

42. Este Acuerdo solo podrá ser enmendado, modificado o complementado mediante acuerdo escrito firmado tanto por los abogados de los Demandados del Estado, como por los abogados de los Demandantes, y aprobado por la Corte.

43. Las partes aceptan y reconocen que el presente acuerdo y la Sentencia Propuesta deberán ser aprobados por la Corte conforme al párrafo 14 que antecede. Las partes aceptan cooperar de buena fe en la elaboración de todos los documentos presentados ante la Corte para garantizar dicha aprobación. En el supuesto de que la Corte no apruebe este Acuerdo y la Sentencia Propuesta, o la orden de aprobación de este Acuerdo y el dictado de la Sentencia Propuesta sean revocados en apelación, las partes harán esfuerzos de buena fe para modificar el Acuerdo a fin de obtener la aprobación judicial.

44. Cuando se deba notificar a los Demandantes o a los Demandados del Estado, se hará mediante notificación personal o mediante correo certificado de primera clase de los Estados Unidos, a los abogados de las partes registrados en este litigio.

45. El presente Acuerdo redundará en el beneficio de, y será vinculante para, los representantes legales y cualquier sucesor de los Demandantes y los Demandados del Estado, incluyendo el CDMH.

46. El presente Acuerdo podrá formalizarse en varios ejemplares de un mismo tenor, cada uno de los cuales será considerado como original, y todos los cuales reunido constituirán un mismo instrumento. Este Acuerdo podrá formalizarse mediante la firma transmitida por fax o correo electrónico, lo cual será considerado con la misma validez que una firma original.

En Representación de los Demandados del Estado,

por

Ernest Martinez, Deputy Attorney General
California Department of Justice

En Representación de los Demandantes,

por

Robert D. Newman
Western Center on Law & Poverty

por

Kimberly Lewis
National Health Law Program

por

Patrick Gardner
National Center for Youth Law

por

Ira Burnim
Bazelon Center for Mental Health Law

por

Melinda Bird
Disability Rights California

por _____
Mark Rosenbaum
ACLU of Southern California

APPENDIX "A"

EN LA UNITED STATES DISTRICT COURT
PARA EL CENTRAL DISTRICT OF CALIFORNIA
DIVISIÓN OESTE

KATIE A. etc., et al,

Demandantes,

v.

DIANA BONTÁ, etc., et al,

Demandados.

Causa N° CV-02-05662 AHM (SHx)

**SENTENCIA PROPUESTA
CONFORME AL ACUERDO DE
CONCILIACIÓN DE LA
DEMANDA COLECTIVA**

**[Federal Rules of Civil Procedure,
Rule 23, subd. (e)]**

Fecha: _____, 2011

Hora: a.m.

Juzgado: 14

Juez: Hon. A. Howard Matz

Los Demandantes y los Demandados, el Director del California Department of Health Care Services (CDHCS), el Director del California Department of Social Services (CDSS), así como el tercero (Parte Real Interesada) Director del California Department of Mental Health (CDMH) (denominados colectivamente “Demandados del Estado”) han celebrado un acuerdo de conciliación para la resolución de los asuntos planteados en esta demanda colectiva. El demandado Los Angeles County celebró con anterioridad un acuerdo de conciliación con los demandantes, el cual fue aprobado por esta corte y se dictó sentencia conforme al mismo el _____.

Los Demandantes y los Demandados del Estado (las Partes) han presentado el Acuerdo de Conciliación propuesto a la Corte para su aprobación definitiva conforme a, y en cumplimiento de, las Reglas Federales de Procedimiento Civil, Regla 23, párrafo (e).

La Corte determinó que las partes notificaron el Acuerdo de Conciliación propuesto de manera razonable al Grupo Demandante y a otros afectados por el mismo. Fed. R. Civ. P. 23(e)(1). El _____ de 2011, la Corte llevó a cabo una audiencia en equidad conforme al Fed.R. Civ. P. 23(e)(2), otorgando a las partes y a otras personas interesadas la oportunidad de ser escuchadas a favor o en contra del acuerdo de conciliación propuesto. Luego de revisar y considerar la documentación presentada respaldatoria del acuerdo de conciliación, la evidencia, los argumentos, los comentarios y objeciones realizados en la audiencia en equidad, la Corte ha dictaminado que el acuerdo conciliatorio es justo, razonable y adecuado para vincular a los miembros del grupo demandante.

Habiendo la Corte considerado en su totalidad el asunto y la buena causa aparente, ORDENA, DETERMINA Y DECRETA lo siguiente:

1. La Corte tiene competencia en los pedidos de medidas precautorias y declaratorias contra los Demandados del Estado conforme al 28 U.S.C. §§ 1331, 1343 y 1367. La jurisdicción le corresponde al Central District of California conforme al 28 U.S.C. § 1391(b).

2. Este caso ha sido calificado como demanda colectiva a los fines de todas las reclamaciones contra los Defensores del Estado en nombre de una grupo demandante de menores en California que:

(a) Se encuentran bajo cuidado tutelar o en riesgo inminente de ser derivados a cuidado tutelar, y

(b) Padecen enfermedades o afecciones mentales que han sido documentadas o, de haberse realizado una evaluación, habrían sido documentadas, y

(c) Que necesitan servicios mentales individualizados, incluyendo sin limitación evaluaciones profesionalmente aceptables, servicios de apoyo a la conducta y administración de casos, apoyo a la familia, apoyo en casos de crisis, cuidado tutelar terapéutico, y otros servicios médicamente necesarios en el hogar o en instituciones que funcionan como hogares para tratar o mejorar sus enfermedades o afecciones.”

A los efectos de este caso, “riesgo inminente de derivación a cuidado tutelar” significa que durante los últimos 180 días, un menor ha estado participando en los servicios de mantenimiento de familia voluntaria o reunificación familiar voluntaria y/o ha sido motivo de, ya sea una llamada telefónica a la línea directa de los Child Protective Services (CPS), o alguna otra comunicación documentada realizada a la agencia local de Child Protective Services (CPS) en relación a la sospecha de maltratos, falta de cuidados o abandono.

3. La Sentencia se dicta en conformidad con los términos del Acuerdo de Conciliación incorporado a este documento, tal y como se hubiera expresado en su totalidad y presentado como Prueba A en este Juicio.

4. La Corte ordena a las partes del Acuerdo de Conciliación que cumplan con todas las obligaciones contraídas en virtud del mismo.

5. La Corte mantendrá la jurisdicción en relación a este juicio hasta 36 meses después de que la Corte apruebe el Acuerdo de Conciliación, momento en el que finalizará la jurisdicción de la Corte. Conforme al párrafo 30 del Acuerdo de Conciliación, el plazo de jurisdicción de la Corte no se extenderá, por ninguna

razón, más allá del período de 36 meses luego de la aprobación del Acuerdo de Conciliación.

6. Conforme al Párrafo 15 del Acuerdo de Conciliación, el Acuerdo de Conciliación concilia todas las reclamaciones contra los Demandados del Estado presentados en esta causa.

7. La Corte resuelve que no existen motivos para demorar el dictado de esta Sentencia en conformidad con el Acuerdo de Conciliación. Por consiguiente, se ordena por la presente que el Secretario dicte su Sentencia Definitiva.

8. Esta Sentencia es vinculante para los Demandados del Estado, sus sucesores en sus funciones, el CDHCS, CDSS, CDMH², sus respectivos funcionarios, agentes y empleados de estas agencias estatales.

9. A continuación, la Corte procederá a desestimar este juicio contra los Demandados del Estado de acuerdo con los términos del Acuerdo de Conciliación.

Fecha _____, 2011

Honorable A. Howard Matz
United States District Judge

² Debido a la posible reestructuración del CDMH, actualmente no se tiene la certeza de si CDMH será la agencia Estatal responsable de cumplir con las obligaciones asignadas al CDMH conforme a este Acuerdo. La Defensa del Estado acuerda que el Estado cumplirá con las obligaciones del CDMH conforme a este Acuerdo.

APPENDIX “B”

Core Practice Model (CPM)

El Core Practice Model (CPM), que utilizarán todas las agencias o individuos que prestan servicios a los miembros del grupo demandante y sus familias, se adhiere a un conjunto de valores y principios centrados en la familia que están impulsados por un proceso definido. Los valores y principios del Core Practice Model (CPM) se resumen del siguiente modo:

- Los servicios están motivados por la necesidad, basados en las fortalezas y centrados en la familia desde la primera entrevista con, o sobre, la familia.
- Los servicios son individualizados y ajustados a las necesidades de cada menor y su familia.
- Los servicios se brindan mediante un enfoque colaborativo multiagencia que está sostenido por una fuerte base comunitaria.
- Durante el proceso se garantiza la voz, elección y preferencia de la familia.
- Los servicios incorporan una combinación de recursos formales e informales diseñados para asistir a las familias con transiciones exitosas que garantizan un éxito a largo plazo.
- Los servicios son apropiados para cada cultura y respetan la cultura de los niños y sus familias.
- Los servicios y apoyos se brindan en la comunidad del niño y la familia.
- En primer lugar y principalmente se protege a los niños del abuso y el abandono y se los mantiene en forma segura en sus hogares.
- Los niños tienen permanencia y estabilidad en sus situaciones de la vida diaria.

Para que puedan obtener los beneficios de la gama completa de servicios que necesitan, en el nivel que sea necesario para satisfacer sus necesidades, se atenderá a los miembros del grupo demandante mediante cinco componentes claves de la práctica que se organizan y brindan en el contexto de un plan conjunto para el niño y la familia. Estos cinco componentes son:

- *Compromiso:* Comprometer a las familias es la base para construir relaciones de confianza y de beneficio mutuo entre los miembros de la familia, los miembros de los equipos y los prestadores de servicios. Las agencias involucradas con los menores y las familias trabajan para lograr acuerdos sobre los servicios, la seguridad, el bienestar (lograr la unión y otras necesidades del desarrollo, la salud, la educación y la salud mental) y la permanencia.
- *Evaluación:* Recabar información y evaluar las necesidades implica reunir y evaluar información sobre el menor y la familia, lo que incluye reunir y evaluar las fortalezas así como también evaluar las necesidades fundamentales. La evaluación incluye además determinar la capacidad, voluntad y disponibilidad de recursos para lograr la seguridad, permanencia y bienestar de los menores.
- *Planificación e Implementación de los Servicios:* La planificación de servicios implica desarrollar apoyos y servicios que se ajusten a cada niño y familia para atender las necesidades desatendidas. El plan especifica los objetivos, funciones, estrategias, recursos y marcos de tiempo para la implementación coordinada del apoyo y los servicios para el menor, la familia y los cuidadores.

- *Monitoreo y Adaptación:* El monitoreo y la adaptación implican evaluar la efectividad del plan, valorar las circunstancias y los recursos, y volver a trabajar sobre el plan según sea necesario. El equipo es responsable de volver a evaluar las necesidades, aplicar el conocimiento obtenido de las valoraciones en transcurso y adaptar el plan oportunamente.
- *Transición:* Se puede lograr una transición exitosa de los apoyos formales cuando los apoyos informales estén en funcionamiento y brindando el apoyo y las actividades necesarias para asegurar la estabilidad a largo plazo.

Child and Family Team (CFT): El Grupo de Trabajo ha acordado además que un subgrupo de miembros el grupo demandante Katie A necesita un enfoque y una prestación de servicios más intensivos para atender su gama de necesidades y fortalezas, y que se podría atender mejor a este subgrupo mediante un *Child and Family Team (CFT)* formalmente organizado.

En aquellos casos en que se identifiquen necesidades más intensivas o complejas se creará un Child and Family Team (CFT) formal para que funcione como vehículo primario para la prestación de servicios de acuerdo al Modelo Base de Prácticas a fin de reunir a los miembros individuales significativos del equipo para ayudar a que la familia desarrolle un plan de cuidados que atienda sus necesidades y fortalezas. El papel principal del Equipo formado por el Niño y la Familia es el siguiente:

- The Child and Family Team (CFT) reúne un grupo de individuos prestadores de cuidados para que trabajen con, y apoyen al niño y la familia y, además de los miembros del personal de la agencia y los prestadores involucrados en la prestación de servicios a la familia, incluye, al menos, un coordinador y un mentor de apoyo a la familia o especialista en familias para los jóvenes.
- La coordinación del equipo será realizada por un prestador de salud mental, trabajador social o funcionario de libertad condicional. El coordinador mantiene el equipo comprometido y cuenta con las destrezas necesarias para aportar recursos para apoyar al menor y la familia.
- Un CFT efectivo continúa el proceso de compromiso con la familia y/o cuidadores en relación a sus fortalezas y necesidades, garantiza que los servicios estén coordinados adecuadamente y brinda un proceso de comunicación transparente.

APPENDIX “C”

The Child And Family Team (CFT)

Child and Family Team (CFT): El Grupo de Trabajo ha acordado además que un subgrupo de miembros el grupo demandante Katie A necesita un enfoque y una prestación de servicios más intensivos para atender su gama de necesidades y fortalezas, y que se podría atender mejor a este subgrupo mediante un *Child and Family Team* formalmente organizado.

En aquellos casos en que se identifiquen necesidades más intensivas o complejas se creará un Child and Family Team (CFT) formal para que funcione como vehículo primario para la prestación de servicios de acuerdo al Core Practice Model (CPM) a fin de reunir a los miembros individuales significativos del equipo para ayudar a que la familia desarrolle un plan de cuidados que atienda sus necesidades y fortalezas. El papel principal del Child and Family Team (CFT) es el siguiente:

- The Child and Family Team (CFT) reúne un grupo de individuos prestadores de cuidados para que trabajen con, y apoyen al niño y la familia y, además de los miembros del personal de la agencia y los prestadores involucrados en la prestación de servicios a la familia, incluye, al menos, un coordinador y un mentor de apoyo a la familia o especialista en familias para los jóvenes.
- La coordinación del equipo será realizada por un prestador de salud mental, trabajador social o funcionario de libertad condicional. El coordinador mantiene el equipo comprometido y cuenta con las destrezas necesarias para aportar recursos para asistir al menor y la familia.
- Un CFT efectivo continúa el proceso de compromiso con la familia y/o cuidadores en relación a sus fortalezas y necesidades, garantiza que los servicios estén coordinados adecuadamente y brinda un proceso de comunicación transparente.

APPENDIX “D”

Intensive Home-Based Mental Health Services (IHBS)

Los Intensive Home-Based Services (IHBS) son intervenciones individualizadas basadas en las fortalezas diseñadas para aminorar las afecciones de salud mental que interfieren con el desempeño de un menor. Las intervenciones apuntan a ayudar al menor a construir las destrezas necesarias para un desempeño exitoso en el hogar y en la comunidad y para la mejora de la capacidad de la familia del menor para ayudar a los jóvenes a que se desempeñen exitosamente en el hogar y en la comunidad.

Los IHBS se prestan de acuerdo a un plan de tratamiento desarrollado por un equipo de planificación de cuidados (ver Intensive Care Coordination (ICC)). El equipo de planificación de cuidados desarrolla metas y objetivos para todos los aspectos de la vida en los que la afección de salud mental del menor produce dificultades en el desempeño, incluyendo la vida familiar, la vida comunitaria, la educación, la vocación y la vida independiente, e identifica las intervenciones específicas que se implementarán para alcanzar esas metas y objetivos. Las metas y objetivos deberán buscar maximizar la capacidad del menor de vivir y participar en la comunidad y de desempeñarse independientemente, inclusive mediante el desarrollo de destrezas básicas sociales, comunicativas, conductistas y de la vida. Los prestadores de servicios domiciliarios intensivos deberán participar de las actividades comunitarias en las que el menor tenga la oportunidad de trabajar para alcanzar las metas y objetivos identificados en un entorno natural. Se podrán suministrar un teléfono de contacto y consultas como parte el servicio.

Los IHBS incluyen, aunque sin limitación:

- Educar a la familia del menor y capacitar a la familia para el manejo del desorden del menor;
- Corrección del comportamiento basado en destrezas médicamente necesarias, incluyendo el desarrollo e implementación de un plan de comportamiento con apoyo conductual positivo y ejemplificar a la familia del menor y a otros de qué manera implementar las estrategias conductuales;
- Mejora del cuidado personal, incluso atendiendo las deficiencias relacionadas con las destrezas sociales que interfieren con las tareas de la vida diaria y evitando la explotación por parte de terceros;
- Mejora del manejo autónomo de los síntomas, incluyendo asistencia en la administración autónoma de los medicamentos;
- Mejora del decoro social, incluyendo la atención a las deficiencias relacionadas con las destrezas sociales y el control de la ira;
- Apoyo en el desarrollo y mantenimiento de redes de apoyo social y el uso de recursos comunitarios;
- Apoyo en los objetivos laborales, identificando y atendiendo los comportamientos que interfieren con la búsqueda y conservación de un empleo;
- Apoyo de los objetivos educativos, mediante la identificación y atención de los comportamientos que interfieren con el éxito en un programa académico en la comunidad; y

- Apoyo en los objetivos de vida independiente, identificando y atendiendo los comportamientos que interfieren con la búsqueda y conservación de una vivienda y la vida independiente.

Los IHBS son muy efectivos para evitar que se retire a un menor de su hogar (biológico, tutelar o adoptivo) para internarlo en un hospital, institución residencial de tratamiento u otro entorno residencial de tratamiento.

Entorno: Los IHBS pueden brindarse en cualquier entorno en que se encuentre naturalmente el menor, incluyendo el hogar (biológico, tutelar o adoptivo), escuelas, entornos recreativos, centros de cuidados infantiles y otros entornos comunitarios. *Disponibilidad:* Los IBHS están disponibles cuando y donde se los necesite, incluyendo durante la noche y los fines de semana. *Prestadores:* Generalmente los IHBS son brindados por paraprofesionales bajo supervisión médica. Los pares, incluyendo mentores de padres pueden brindar los IHBS. Los casos más complejos podrían requerir que los servicios sean prestados por un médico clínico en lugar de un paraprofesional.

APPENDIX “E”

Intensive Care Coordination (ICC)

Intensive Care Coordination (ICC) es un servicio responsable de coordinar la evaluación, la planificación de cuidados y la coordinación de servicios, incluyendo los servicios de urgencias [para niños/jóvenes que cumplan con el criterio de ser integrantes del grupo demandante *Katie A.*].

Intensive Care Coordination (ICC) brinda:

- Un punto único de contabilidad para garantizar el acceso, coordinación y prestación de los servicios médicamente necesarios de un modo individualizado, impulsados por la familia/jóvenes y de relevancia cultural y lingüística, basado en las fortalezas.
- Servicios y apoyos orientados por las necesidades de los jóvenes;
- Coordinación del vínculo colaborativo entre un joven, su familia y los sistemas involucrados de atención de menores.
- Apoyo al padre/cuidador en la satisfacción de las necesidades de sus jóvenes;
- Un proceso de planificación de cuidados garantiza que un coordinador de cuidados organice y vincule los cuidados entre prestadores y los sistemas de atención de menores que permiten la atención del joven en su comunidad local; y
- Desarrollo coordinado del Child and Family Planning Team (CFT).³

Los componentes del servicio ICC son:

Evaluación: El CFT completa una evaluación integral basada en las fortalezas, impulsada por las necesidades, para organizar y guiar el desarrollo de un Individual Care Plan (ICP) y de un plan de control de riesgos/seguridad. El proceso de evaluación determina las necesidades de los jóvenes relacionadas con cualquier servicio médico, educativo, social de salud mental u otro servicio. La ICC también podría incluir la planificación y coordinación de necesidades urgentes antes de que se complete la evaluación integral. La evaluación inicial se reverá según sea necesario, pero al menos cada 90 días.

Planificación: Desarrollo de un Individual Care Plan (ICP): Usando la información reunida mediante una evaluación, el coordinador de cuidados acuerda y coordina las reuniones del CFT y el CFT elabora un Individual Care Plan (ICP) centrado en el niño y la familia que especifica las metas y acciones a realizar para brindar los servicios médicos, educativos, sociales, de salud mental u otros servicios necesitados por el joven y la familia. El coordinador de cuidados trabaja directamente con el joven, la familia y otras personas significativas para el menor a fin de identificar las fortalezas y necesidades del joven y la familia y desarrollar un plan para satisfacer esas necesidades y alcanzar esas metas.

Derivación, monitoreo y actividades relacionadas:

- trabaja directamente con el joven y la familia para implementar elementos del ICP;
- prepara, monitorea y modifica el ICP en combinación con el CFT; para determinar si se están suministrando los servicios de acuerdo con el ICP; si los servicios del ICP son

³ El CFT incluye, según corresponda, tanto apoyo formal, tal como el coordinador de cuidados, prestadores, administradores de los casos pertenecientes a agencias de atención de menores y apoyos naturales como los miembros de la familia, los vecinos, amigos y clérigos.

adecuados; y si esto se debe a cambios en las necesidades o a la condición del joven, y de ser así, ajustar el plan de cuidados como sea necesario, en combinación con el CFT;

- identificará, asistirá en forma activa al joven y la familia para obtener y monitorear la prestación de servicios disponibles incluyendo servicios médicos, educativos, de salud mental, sociales, terapéuticos u otros.

Transición:

- desarrolla junto al CFT un plan de transición cuando el joven haya alcanzado las metas del ICP; y
- colabora con otros prestadores de servicios y agencias en representación del joven y la familia.

Entorno

El ICC puede brindarse a niños que vivan y reciban servicios en la comunidad (incluyendo en TFC) así como a niños que se encuentren actualmente en un hospital, hogar grupal, u otra institución o congregación como parte del plan de alta.