

# PLAN DE SERVICIOS COORDINADOS (CSP)



Agencia de Servicios Humanos y  
Agencia de Educación



**REVISADO EN ENERO DE 2022**

**NOTA IMPORTANTE:** *Este proceso del CSP da derecho a las familias a la coordinación de servicios, no de servicios específicos. La aprobación de servicios y/o colocaciones específicos es responsabilidad de la agencia o las agencias que participen debidamente. Se deben seguir los procesos de aprobación establecidos para implementar los componentes de este plan.*

## Tabla de Contenido

Guía del Plan de Servicios Coordinados _____	3
¿Qué es un Plan de Servicios Coordinados? _____	3
Consentimiento para la Determinación de Elegibilidad y Planificación de Servicios Coordinados _____	5
Consentimiento para la divulgación de información _____	6
I. Información sobre niños/jóvenes y familias _____	7
I. Motivo de la remisión _____	10
II. Facilitador(es) de la reunión _____	10
III. Participantes del equipo de CSP _____	10
IV. Conexiones sociales: ¿Quién es importante para mí y mi familia? _____	11
V. Factores y necesidades de resiliencia: ¿Qué es importante saber sobre mí (niño/joven) y mi familia? _____	12
VI. Problemas de conducta _____	13
VII. Nivel de educación del niño/joven _____	14
VIII. Apoyos y servicios para niños y familias _____	15
IX. Plan de Crisis Proactivo _____	16
X. Seguimiento y próximos pasos _____	17
Proceso de apelaciones _____	18
Divulgación de información para la revisión del equipo interinstitucional del plan de servicios coordinados _____	19
Remisión al Comité de Revisión de Casos _____	20
Preguntas sobre la remisión residencial _____	20

## Guía del Plan de Servicios Coordinados

Para uso del equipo y del facilitador.

Para obtener orientación adicional sobre los CSP, consulte la Guía del facilitador que se encuentra en:

<https://ifs.vermont.gov/docs/sit>



### ¿Qué es un Plan de Servicios Coordinados?

Un **Plan de Servicios Coordinados** es un plan escrito desarrollado por un equipo para un niño/joven que requiere servicios de más de una agencia. Está diseñado para satisfacer las necesidades del niño dentro de su familia o en una colocación fuera del hogar, y en la escuela y la comunidad. *(Adaptado del texto legal de la Ley 264)*

En 2005, se creó un **Acuerdo Interinstitucional** adicional que amplió la Ley 264. Este acuerdo establece que “los niños y jóvenes elegibles tienen derecho a recibir un plan de servicios coordinados desarrollado por un equipo de coordinación de servicios que incluya representantes de educación, los departamentos apropiados de la Agencia de Servicios Humanos, los padres o tutores y los apoyos naturales relacionados con la familia”. El plan de servicios coordinados incluye los Programa de Educación individualizados (IEP), así como los planes de tratamiento de servicios humanos o los planes de apoyo individualizados, y está organizado para garantizar que todos los componentes trabajen hacia objetivos compatibles, se controle el progreso y los recursos se utilicen de manera eficaz.

## Lista de verificación de CSP para facilitador(es)

### I. ¿Qué se necesita para un CSP?

- Solicitar al padre/ tutor que firme el consentimiento para determinar su elegibilidad;
- Solicitar al padre/ tutor que firme la divulgación de información;
- Explicar qué es un Representante de los padres y preguntar si el padre está interesado en escuchar al representante de su región;
- Completar todas las secciones del CSP hasta la Sección Suplementaria para Remisiones Residenciales;
- Proporcionar a la familia una copia del CSP al final de la reunión o de manera oportuna;
- Proporcionar a la familia el proceso de apelaciones.

### II. ¿Qué se necesita para una remisión al Equipo Interinstitucional Local (LIT)?

- Enviar el consentimiento firmado por el padre/tutor para determinar su elegibilidad;
- Enviar la autorización firmada por el padre/tutor para su revisión por parte del Equipo Interinstitucional;
- Explicar qué es un Representante de los padres y preguntar si el padre está interesado en escuchar al representante de su región;
- Asegurarse de que las personas clave del LIT estén en la reunión y asegurarse de que no haya tantos profesionales que la reunión sea abrumadora para la familia;
- Un CSP que se haya completado en una reunión del equipo.

### III. ¿Qué se necesita para una remisión al Comité de Revisión de Casos (CRC)?

- Enviar el consentimiento firmado por el padre/tutor para determinar su elegibilidad;
- Enviar la divulgación de información firmada por el padre/tutor para su revisión por parte del Equipo Interinstitucional;
- Documentación de autoridad para la toma de decisiones médicas y educativas: para niños/jóvenes que no están bajo la custodia del DCF, el paquete debe incluir documentación de la persona que tiene autoridad para la toma de decisiones médicas y educativas. Esto se puede proporcionar mediante la firma de ambos padres del CSP, o la documentación de la autoridad exclusiva para tomar decisiones de órdenes de custodia, acuerdos de divorcio u órdenes de adopción aprobados por un tribunal.
- Carta de presentación para el representante de CRC con un resumen completo de la situación (lo que ha funcionado y lo que no), los servicios prestados y cuáles son los objetivos y expectativas de los equipos respecto de un tratamiento de mayor nivel.
- Explicar qué es un representante de los padres y preguntar si el padre está interesado en escuchar al representante de su región;
- Enviar el CSP Y la sección suplementaria para remisiones residenciales;
- Página de firmas de Remisión residencial;
- Valoración mediante CANS realizada en los últimos 3 meses (se requiere hoja de puntuación completa);
- Evaluaciones y valoraciones como psicológicas o psiquiátricas;
- Plan IEP, 504 o EST actual, si corresponde;
- Registros médicos relevantes, incluida la lista de medicamentos;
- Resúmenes de alta de colocaciones anteriores;
- Si está bajo la custodia del DCF, la disposición más reciente, el plan del caso y la elegibilidad para IV-E (DCF 201R);
- Copia de la tarjeta de Medicaid O Número de Medicaid;
- Documentación del seguro privado de que el tratamiento residencial no está cubierto por su cobertura de seguro;
- Identificar la agencia que hará la remisión a CRC.

### IV. ¿Qué se necesita para una remisión al Equipo Interinstitucional del Estado (SIT)?

- Enviar el consentimiento firmado por el padre/tutor para determinar su elegibilidad;
- Enviar la divulgación de información firmada por el padre/tutor para su revisión por parte del equipo interinstitucional;
- Explicar qué es un Representante de los padres y preguntar si el padre está interesado en escuchar al representante que es miembro del SIT;
- Proporcionar al padre/tutor la Guía para familias del SIT;
- Carta de presentación para el Coordinador del SIT con un resumen de la situación y qué preguntas le gustaría al Equipo Interinstitucional Local que el SIT responda;
- CSP completo hasta la sección suplementaria del paquete CSP.

## Consentimiento para la Determinación de Elegibilidad y Planificación de Servicios Coordinados

Nombre del Niño/Joven	Facilitador
-----------------------	-------------

Un Plan de Servicios Coordinados (CSP) es un proceso que sigue una serie de pasos para ayudar a los niños y jóvenes a conseguir sus esperanzas y metas. Las personas del entorno del niño o joven trabajan en equipo para desarrollar un plan que reúna los servicios y apoyos necesarios. Entiendo que como padre soy miembro del equipo de CSP.

Doy mi consentimiento para iniciar el proceso por el que se determina si mi hijo es elegible para un CSP. A menudo, la elegibilidad es parte de la reunión inicial del CSP cuando se recopila y revisa la información sobre cómo las agencias o departamentos particulares están involucrados con el niño/joven.

Si mi hijo es elegible, doy mi consentimiento para que el equipo de CSP desarrolle un plan de servicios coordinados.

Entiendo que:

- También debo firmar un formulario de *Consentimiento para la divulgación de información*. El *Consentimiento para la divulgación de información* permitirá que el facilitador comparta la información de mi hijo con el equipo de CSP.
- El facilitador me informará dentro de los 30 días posteriores a la recepción de este formulario firmado y el *Consentimiento para la divulgación de información firmado* si mi hijo es elegible o no.
- Los registros que recopila el facilitador a lo largo del proceso de planificación de servicios coordinados son confidenciales. El facilitador no compartirá estos registros con otras personas sin obtener primero mi consentimiento por escrito, a menos que la ley establezca que deben compartirse.
- Para poder ver u obtener una copia de estos registros, debo escribir una carta al facilitador.
- Recibiré una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.
- Si no doy mi consentimiento, el facilitador no puede determinar si mi hijo es elegible para un CSP y no se puede desarrollar un CSP.
- Los beneficios y servicios actuales de mi hijo no se verán afectados si no doy mi consentimiento.

	Nombre en letra imprenta	Firma	Fecha
Padre/Tutor			
Testigo			
Padre sustituto educativo (si corresponde)			

## Consentimiento para la divulgación de información

Nombre del Niño/Joven	Facilitador
-----------------------	-------------

Doy mi consentimiento para compartir información sobre mi hijo con el Equipo de Planificación de Servicios Coordinados (equipo de CSP). Entiendo que como padre soy miembro del equipo de CSP.

Entiendo que:

- La información de mi hijo incluye registros de antecedentes educativos, psicológicos, sociales, evaluaciones médicas y servicios brindados a mi hijo.
- La información de mi hijo se compartirá con el equipo de CSP y el proveedor de atención primaria de mi hijo, para que el equipo pueda determinar si mi hijo es elegible para un CSP y, de ser así, desarrollar e implementar un CSP para mi hijo.
- Puedo ver u obtener una copia de la información sobre mi hijo que se comparte con el equipo de CSP, para ello debo escribir una carta al facilitador.
- El equipo de CSP sabe que la información de mi hijo es confidencial. El equipo no compartirá información sobre mi hijo con otras personas sin obtener primero mi consentimiento por escrito, a menos que la ley establezca que debe compartirse.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento escribiendo una carta al facilitador, excepto cuando el equipo de CSP ya haya utilizado la información.
- Si no doy mi consentimiento, el equipo de CSP no puede determinar si mi hijo es elegible para un CSP y mi hijo no recibirá un CSP.
- Los beneficios y servicios actuales de mi hijo no se verán afectados si no doy mi consentimiento.
- Recibiré una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.
- El Equipo Interinstitucional del Estado reúne la información general sobre la utilidad del proceso de planificación de servicios coordinados. La información del CSP de mi hijo puede usarse a tal fin, pero no se identificará la información sobre mi hijo y mi familia.

**ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO VENCE TRANSCURRIDO UN AÑO A PARTIR DE LA FECHA EN QUE LO FIRMO.**

<p><b>Deseo hablar con el representante de padres de mi Equipo Interinstitucional Local</b>  <b>antes de la reunión del Plan de Servicios Coordinados.</b>  <b>Para obtener más información sobre la Ley 264 y la Planificación de Servicios</b>  <b>Coordinados puede ingresar a <a href="http://www.act264.vt.gov">www.act264.vt.gov</a></b></p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

	Nombre en letra imprenta	Firma	Fecha
Padre/Tutor			
Testigo			
Padre sustituto educativo (si corresponde)			

**Se debe completar la Sección I ANTES del CSP CON LA FAMILIA****I. Información sobre niños/jóvenes y familias**

Nombre del Niño/Joven:	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Identidad de género (opcional):
Fecha de nacimiento: Edad:	¿Cuál de estos describe al niño/joven <b>según lo identificado por la familia</b> ( <i>marque todo lo que corresponda</i> ):
Nombre(s) de las personas que tienen la custodia de este niño/joven:  <i>Además, consulte la lista de documentación que requiere que se proporcione una orden de custodia en la que se describa quién tiene la autoridad para tomar decisiones (custodia física y/o toma de decisiones médicas).</i>	<input type="checkbox"/> Abenaki <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Oriente Medio o África del Norte <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u habitante de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano, latino o español <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No informado/Elegí no responder
Nombre del padre:	Domicilio:  Dirección postal:  Teléfono:  E-mail:
Nombre del padre:	Domicilio: Igual que arriba <input type="checkbox"/>  Dirección postal:  Teléfono: E-mail:
Tutor legal (si corresponde)	Dirección:  Teléfono:
Padre sustituto educativo (si corresponde):	Dirección:  Teléfono:
Nombre(s) e información de contacto del cuidador actual (si es diferente del anterior):	

**Si está relacionado con DCF, complete la Sección E.****A. Salud del comportamiento y mental**

Diagnóstico del DSM-5	Código CIE	Fecha	Proporcionado por
1			
2			
3			
4			

Enumere los medicamentos que toma actualmente:

**B Información médica**

Médico de atención primaria:		
Problema médico o diagnóstico	Fecha	Proveedor
1		
2		
3		

Enumere los medicamentos que toma actualmente:

¿Se ha determinado que este niño/joven es elegible para los servicios de discapacidad del desarrollo?  Elegible; recibiendo servicios  Elegible; servicios pendientes  Evaluación en proceso  Evaluado; determinado no elegible  Debe ser remitido

En caso afirmativo, año de elegibilidad: \_\_\_\_\_ Agencia designada que tomó la determinación:

**C. Seguro médico**¿El niño/joven tiene seguro médico?  No  Sí Número de Medicaid: \_\_\_\_\_  Tercero/Comercial – Compañía y número: \_\_\_\_\_**D. Estado de adopción**¿El niño/joven fue adoptado?  Sí  No  Pendiente

¿Qué edad tenía el niño cuando lo adoptaron? \_\_\_\_\_

**E. Participación del DCF**

<b>Complete todo lo que corresponda.</b>	
¿El niño/joven está bajo la custodia del DCF?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Existe una orden de custodia condicional vigente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿a quién?
¿Hay un caso familiar abierto con DCF?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trabajador social del DCF	
¿El joven está en libertad condicional juvenil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del Niño/Joven: \_\_\_\_\_

¿El joven tiene estado de delincuente juvenil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Oficial de libertad condicional especialista en jóvenes adultos a través del Departamento de Servicios Penitenciarios	
Tutor ad litem	

**Información a completar en la reunión del CSP****I. Motivo de la remisión**

¿Cuál es el motivo de la remisión?		
CSP:	Fecha:	Fecha de la próxima reunión:
LIT: (si corresponde)	Fecha:	
CRC: (si corresponde)	Fecha:	
SIT: (si corresponde)	Fecha:	

**II. Facilitador(es) de la reunión**

Nombre del(los) facilitador(es) del CSP	Agencia: Dirección:  Número de teléfono: E-mail:
Nombre del coordinador del LIT	Agencia: Dirección:  Número de teléfono: E-mail:

**III. Participantes del equipo de CSP**

Nombre (en letra de imprenta)	Firma y relación con el niño/joven	Para reuniones de seguimiento: escriba sus iniciales si asistió

#### IV. Conexiones sociales: ¿Quién es importante para mí y mi familia?

**Personas que son importantes o útiles para mí y mi familia** (por ejemplo, familia, miembros de la familia extendida, amigos, vecinos, personas del lugar de culto, agencias comunitarias, escuela, cuidado infantil, otros proveedores de servicios, proveedores de atención médica).

*Esta información podría proporcionarse como un genograma o un ecomapa básicos, pero no es obligatorio que se proporcione de esta manera. Para obtener más información sobre cómo hacer genogramas y ecomapas puede visitar: [http://stanfield.pbworks.com/f/explaining\\_genograms.pdf](http://stanfield.pbworks.com/f/explaining_genograms.pdf) o <https://www.smartdraw.com/ecomap/>. Si el niño/joven no está presente en el CSP, asegúrese de recibir su respuesta sobre quién es importante y a quién se debe incluir: miembros del equipo (deportes, clubes, grupos cívicos), maestros, entrenadores, compañeros, mentores.*

#### **Como cuidador, ¿cómo prefiero recibir apoyo?**

*(es decir, ¿prefiero ver materiales escritos, escuchar sobre ellos, hablar sobre ellos, conocer a alguien que está teniendo desafíos similares, necesito un intérprete porque soy estudiante de inglés, necesito adaptaciones para una discapacidad visual o auditiva?)*

**V. Factores y necesidades de resiliencia: ¿Qué es importante saber sobre mí (niño/joven) y mi familia?**

<p><b>1. ¿Cuáles son las esperanzas y metas para mí (niño/joven) y para mi familia (metas en relación con el niño/joven)?</b></p>	
<p><b>2. ¿Cuáles son mis fortalezas, intereses y recursos (niño/joven) y los de mi familia que pueden ayudar a apoyar las esperanzas y metas?</b></p>	
<p><b>3. ¿Cuáles son mis necesidades, desafíos, preocupaciones y prioridades (niño/joven) que deben tenerse en cuenta para lograr mis metas?</b> <i>(Utilice los planes y evaluaciones existentes, así como la experiencia actual para identificarlos.)</i></p>	

**VI. Problemas de conducta**

*Complete la lista de verificación a continuación, si corresponde, en función de los motivos por los que se lleva a cabo el CSP. Si la remisión es a través del Departamento de Salud Mental, adjunte el resumen más reciente de Necesidades y Fortalezas de Niños y Adolescentes (CANS) que muestre las necesidades y fortalezas.*

Marque todas las casillas enumeradas a continuación donde el niño/joven ha exhibido el comportamiento en un grado notable en comparación con otros en su grupo etario.

<input type="checkbox"/> No corresponde ninguno de los siguientes		
<input type="checkbox"/> ideas confusas/extrañas	<input type="checkbox"/> impulsivo	<input type="checkbox"/> tristeza extrema
<input type="checkbox"/> comportamiento inapropiado	<input type="checkbox"/> huye	<input type="checkbox"/> ansiedad (podría incluir comportamientos obsesivos/compulsivos)
<input type="checkbox"/> reacciones emocionalmente problemáticas	<input type="checkbox"/> desafíos sensoriales	<input type="checkbox"/> uso de sustancias
<input type="checkbox"/> evitación del contacto social y/o aislamiento social	<input type="checkbox"/> prender fuego O jugar con fuego	<input type="checkbox"/> manifestaciones físicas (somáticas) con causa médica desconocida
<input type="checkbox"/> hiperactividad	<input type="checkbox"/> negativa a aceptar límites	<input type="checkbox"/> problemas de intestino y vejiga (enuresis/encopresis)
<input type="checkbox"/> agresión verbal	<input type="checkbox"/> conductas de autolesión	<input type="checkbox"/> rechazo escolar persistente
<input type="checkbox"/> agresión hacia las personas	<input type="checkbox"/> pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/> suspensión/expulsión de la escuela
<input type="checkbox"/> agresión a la propiedad	<input type="checkbox"/> comportamiento suicida	<input type="checkbox"/> tics motores o verbales
<input type="checkbox"/> comportamiento sexualmente problemático	<input type="checkbox"/> robo	<input type="checkbox"/> alteración grave del sueño
<input type="checkbox"/> alejamiento extremo de la familia	<input type="checkbox"/> crueldad hacia los animales	<input type="checkbox"/> problemas con la ley
<input type="checkbox"/> extrema dependencia de la familia	<input type="checkbox"/> trastorno de la conducta alimentaria	<input type="checkbox"/> otro
<input type="checkbox"/> desafíos para adaptarse al trauma	<input type="checkbox"/> comportamiento amenazante relacionado con armas	
Por favor, amplíe los problemas de conducta anteriores y los entornos en los que ocurren:		

**VII. Nivel de educación del niño/joven**

Escuela a la que asiste*: Distrito/Sindicato de supervisores: <i>*Si el niño/joven recibe educación en el hogar, indíquelo en Escuela a la que asiste</i>		Ciudad donde residen los padres:
Calificación:	Contacto de la escuela (nombre y cargo):	Teléfono:

**A. Nivel de educación especial**

<input type="checkbox"/> Elegible; en el IEP		<input type="checkbox"/> Evaluación en proceso	<input type="checkbox"/> Debe ser remitido
<input type="checkbox"/> Elegible; IEP pendiente		<input type="checkbox"/> Evaluado; determinado no elegible	
Discapacidad:	Primaria	Secundaria	Otra
Si tiene 16 años o más, ¿el plan de transición está incluido en el IEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Administrador de educación especial:			Teléfono:
Por favor describa cualquier cosa importante con respecto al funcionamiento cognitivo o adaptativo:			

**B. Estado de la Sección 504/EST**

<input type="checkbox"/> Plan 504	<input type="checkbox"/> Debe ser remitido	Coordinador de 504:	Teléfono:
<input type="checkbox"/> Plan EST	<input type="checkbox"/> Debe ser remitido al Coordinador de EST:	Teléfono:	

**D. Colocación educativa:** Marque las casillas para indicar ubicaciones educativas anteriores, actuales y propuestas.

Tipo de colocación (marque todo lo que corresponda)	Anterior	Actual	Propuesta
Aula de educación general o Cuidado y aprendizaje tempranos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aula de educación general + apoyo y/o adaptaciones en la clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aula de educación general + enseñanza especializada y/u otros apoyos fuera del aula (puede incluir educación especial para la primera infancia en la escuela, enseñanza preescolar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programa de Aula Separada/LEA Alternativa (puede estar dentro o fuera de la escuela)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuela Independiente/Programa de Tratamiento Diurno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tutoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuela residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enseñanza domiciliaria o en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudio en el hogar ("educación en el hogar")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No escolarizado, obtuvo el título de Desarrollo educativo general (GED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No escolarizado, abandonó/fue suspendido/expulsado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro ( <i>describir</i> ):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Describa la colocación educativa propuesta (esto puede estar sujeto a una decisión del equipo del IEP):</b>			

**VIII. Apoyos y servicios para niños y familias**

*Esta información es específica para las necesidades del niño y voluntaria para que la familia la proporcione.*

*Esta lista está destinada a generar ideas sobre apoyos y servicios que pueden ser útiles. No pretende ser exhaustiva o limitar el pensamiento creativo e individualizado.*

Servicios	Agencia proveedora o agencia propuesta para proporcionar	Anterior	Actual	Propuesto y para cuándo
Programa de cuidado infantil/extracurricular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Tutoría		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Evaluación: <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Uso de sustancias <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Apoyo conductual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Servicios	Agencia proveedora o agencia propuesta para proporcionar	Anterior	Actual	Propuesto y para cuándo
Gestión de Casos/Coordinación de Servicios		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Relevo <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Durante la noche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Médico clínico escolar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Orientación: <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Grupal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Servicios familiares intensivos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Apoyo para padres en el hogar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Medicamento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Trabajo de habilidades comunitarias		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Tratamiento por uso de sustancias (para jóvenes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Servicios vocacionales/laborales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Servicios basados en el hogar y la comunidad/Servicios de desarrollo ("exención")		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Servicios de cuidado personal infantil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Servicios de enfermería de alta tecnología		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Apoyo y/o Subsidio Posterior a la Permanencia (Asistencia de Adopción o Tutela)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

Nombre del Niño/Joven: \_\_\_\_\_

Planificación de seguridad familiar/Conferencia del grupo familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Beneficios de SSI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Transporte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Servicios para abordar la Violencia Familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Otro ( <i>describir</i> ):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Otro ( <i>describir</i> ):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Otro ( <i>describir</i> ):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Otro ( <i>describir</i> ):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Otro ( <i>describir</i> ):		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### IX. Plan de Crisis Proactivo

*Se recomienda encarecidamente a los equipos que desarrollen un plan de crisis proactivo si el niño o joven es médicamente frágil, alguna vez ha sido hospitalizado en un entorno psiquiátrico o demuestra comportamientos riesgosos o inseguros. Puede adjuntar documentos del plan de comportamiento o del plan de seguridad acordados existentes que aborden las necesidades en todos los entornos.*

1. Se necesita un Plan de Crisis <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, responda las preguntas 2 a 8 a continuación <input type="checkbox"/> No En caso de respuesta negativa, ¿por qué no?
2. ¿Cómo es una crisis?
3. ¿Cuáles son los factores desencadenantes/estresantes que podrían provocar una crisis?
4. ¿Cuáles son las estrategias de afrontamiento que se pueden utilizar para prevenir una crisis? (Describa las habilidades y estrategias para prevenir, reducir o apaciguar una crisis).
5. ¿Cuáles son las estrategias que el niño y otras personas pueden usar durante una crisis para garantizar la seguridad y fomentar el apaciguamiento?

6. ¿Quiénes son las personas clave a contactar y cuándo se las debe contactar?

7. ¿Qué NO se debe hacer en una crisis?

8. ¿Cuándo deben participar la policía, los evaluadores de salud mental y/o el hospital?

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Puede haber circunstancias especiales o excepcionales que requieran que los adultos responsables modifiquen el plan.

## **X. Seguimiento y próximos pasos**

**Fecha y hora de la reunión de seguimiento del CSP:**

**Próximos pasos y quién es responsable**

- 
- 

**Nota importante:** Cualquier miembro de un equipo de CSP, incluidos los padres, puede hacer una remisión a su Equipo interinstitucional local si el equipo desea apoyos, ideas y/o sugerencias adicionales para recibir más apoyos y servicios.

## Proceso de apelaciones

La mayoría de los Equipos de planificación de servicios coordinados pueden redactar e implementar con éxito el Plan de servicios coordinados de un niño o joven. En ocasiones, es posible que un equipo deba recurrir a su Equipo interinstitucional local (LIT) para obtener asistencia técnica, consultas o resolución de disputas. En ocasiones, es posible que un LIT deba recurrir al Equipo interinstitucional estatal (SIT) para obtener asistencia técnica, consultas o resolución de disputas. Los padres, como miembros de un Equipo de planificación de servicios coordinados, pueden recurrir al LIT o SIT para la resolución de disputas.

**TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:** Si un padre tiene una disputa sobre **prestación de servicios en vez de coordinación de servicios** debe usar los mecanismos de resolución de disputas apropiados en la sección C a continuación.

### A. Proceso de Apelación de la Ley 264 en Materia de Coordinación de Servicios

Una agencia local, un proveedor de servicios o un padre en el equipo puede solicitar una apelación relacionada con la coordinación entre las agencias de conformidad con la Ley 264 y las disposiciones relacionadas del Acuerdo Interinstitucional.

Una apelación está disponible si ni el Equipo interinstitucional local ni el Equipo interinstitucional estatal pueden resolver la disputa. El SIT informará a la agencia local, proveedor(es) de servicios y padre(s) de su derecho a una apelación y proporcionará el nombre y la dirección para presentar la apelación.

El proceso de apelación consistirá en una audiencia de conformidad con el Capítulo 25 del Título 3. Un funcionario de audiencias designado por el Secretario de la Agencia de Servicios Humanos y el Secretario de Educación llevará a cabo la audiencia. Sobre la base de las pruebas presentadas en la audiencia, el funcionario de audiencias emitirá conclusiones y propuestas de decisión por escrito al Secretario y al Comisionado. Los Secretarios de la AHS y de la AOE podrán ratificar, revocar o modificar las propuestas de decisión. Todas las partes recibirán una decisión final por escrito de los Secretarios.

### B. Proceso de apelación con respecto a problemas de pago y reembolso entre agencias

Cuando una agencia no educativa no brinda o no paga los servicios de los que es responsable, y que también se consideran educación especial y servicios relacionados, el distrito escolar (o la agencia estatal responsable de desarrollar el Plan de Educación Individualizado [IEP] del niño) deberá proporcionar o pagar estos servicios al niño de manera oportuna. El distrito escolar (o la agencia estatal responsable como agencia de educación) puede entonces reclamar el reembolso por los servicios de la agencia no educativa que fue responsable y no proporcionó ni pagó estos servicios. Los procedimientos descritos en el Acuerdo Interinstitucional de junio de 2005 se utilizarán para los reclamos de reembolso entre agencias.

### C. Otros procedimientos de apelaciones y reclamaciones disponibles para los padres

Además de la oportunidad de presentar una apelación con respecto a la coordinación de servicios en virtud de la Ley 264, el padre tiene derecho a otras apelaciones y procedimientos de reclamación según la naturaleza del servicio y el reclamo. Esas apelaciones y procedimientos de reclamación pueden incluir, entre otros:

- Reclamos de los padres con respecto a la provisión de una educación pública gratuita y apropiada y otros derechos en virtud de la Ley de Personas con Discapacidades en la Educación: Comuníquese con la Agencia de Educación al (802) 479-1255.
- Los padres y los niños tienen derecho a apelaciones relacionadas con la Cobertura de Medicaid y/o apelaciones relacionadas con el hecho de si un niño califica o no para Medicaid: Comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Vermont Health Connect, Green Mountain Care al 1-800-250- 8437 (TDD/TTY) 1-888-834-7898.
- Reclamos o reclamaciones sobre el desempeño del personal o la calidad de los programas: Comuníquese con el proveedor supervisor responsable de la prestación del servicio.

## Divulgación de información para la revisión del equipo interinstitucional del plan de servicios coordinados

**El padre debe firmar este comunicado si se hace una remisión al Equipo Interinstitucional Local, al Comité de Revisión de Casos o al Equipo Interinstitucional Estatal.**

Nombre del Niño/Joven	Facilitador

La mayoría de los Planes de Servicios Coordinados (CSP) se llevan a cabo. Sin embargo, si un equipo de CSP no está de acuerdo con un plan, puede pedir ayuda al Equipo Interinstitucional Local (LIT). Si el LIT no puede crear un plan con el que todos estén de acuerdo, es posible que se le pida ayuda al Equipo Interinstitucional Estatal (SIT). Si un equipo de CSP está pensando en atención integral o residencial, entonces el equipo de CSP debe solicitar al Comité de Revisión de Casos (CRC) que revise y considere esta posibilidad.

Doy mi consentimiento para la divulgación de información pertinente, incluido el Plan de Servicios Coordinados (CSP) a: Equipo Interinstitucional Local (LIT), Equipo Interinstitucional Estatal (SIT) y/o Comité de Revisión de Casos (CRC).

Entiendo que:

- La información de mi hijo incluye registros de antecedentes educativos, psicológicos, sociales, evaluaciones médicas y servicios brindados a mi hijo. La información de mi hijo también incluye su CSP.
- La información de mi hijo se compartirá con el LIT, SIT y/o CRC para que puedan (1) revisar el CSP de mi hijo y/o (2) revisar la solicitud de atención integral o residencial intensiva.
- Puedo ver u obtener una copia de la información sobre mi hijo que se comparte con el LIT, SIT y/o CRC, para ello debo escribir una carta al facilitador.
- Los miembros del LIT, SIT y/o CRC saben que la información de mi hijo es confidencial y no compartirán información sobre mi hijo con otros sin obtener primero mi consentimiento por escrito, a menos que la ley establezca que debe compartirse.
- Este formulario de consentimiento vence transcurrido un año a partir de la fecha en que lo firmo.
- Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento escribiendo una carta al facilitador, excepto cuando el LIT, SIT o CRC ya hayan utilizado la información.
- Si no doy mi consentimiento, el LIT, SIT y/o CRC no pueden (1) revisar el CSP de mi hijo o (2) revisar la solicitud de cuidados integrales o residenciales intensivos.
- Los beneficios y servicios actuales de mi hijo no se verán afectados si no doy mi consentimiento.
- Recibiré una copia de este formulario de consentimiento después de firmarlo.
- El Equipo Interinstitucional del Estado reúne la información general sobre la utilidad del proceso de planificación de servicios coordinados. La información de los documentos relacionados con la remisión de mi hijo puede usarse a tal fin, pero no se identificará la información sobre mi hijo y mi familia.

<b>Deseo hablar con el representante de padres de mi Equipo Interinstitucional Local o Estatal antes la reunión del LIT, SIT o CRC.</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Nombre en letra imprenta</b>	<b>Firma</b>	<b>Fecha</b>
Padre/Tutor			
Testigo			
Padre sustituto educativo (si corresponde)			

## Sección suplementaria: Remisión al Comité de Revisión de Casos

*Además del paquete CSP, esta sección **debe** completarse si se hace una remisión al Comité de Revisión de Casos para la Consideración de una Colocación Residencial.*

El Comité de Revisión de Casos (CRC) fue creado por el Equipo Interinstitucional Estatal (SIT) con el propósito de trabajar con equipos locales para desarrollar Planes de Servicios Coordinados apropiados para niños. El CRC se compromete a brindar servicios a niños y adolescentes con trastornos emocionales severos y otras discapacidades, tal como se define en el Acuerdo Interinstitucional de la AOE/AHS, en el entorno menos restrictivo adecuado a sus necesidades. El SIT y el CRC creen que, si es posible, los niños deben ser atendidos dentro de sus propias comunidades. El tratamiento residencial intensivo debe usarse solo cuando sea necesario para satisfacer las necesidades individuales de un niño.

El CRC se ha establecido como un subcomité del Equipo Interinstitucional Estatal para lograr dos objetivos **al utilizar criterios coherentes:**

1. brindar asistencia a los equipos locales a medida que identifican, acceden y/o desarrollan alternativas de tratamiento menos restrictivas; y
2. cuando las alternativas menos restrictivas no son apropiadas, garantizar la mejor combinación posible entre el niño y el centro de tratamiento residencial.

Para conocer las pautas completas del CRC, visite el sitio web de IFS en: <http://ifs.vermont.gov/docs/sit>.

### Preguntas sobre la remisión residencial

*Las siguientes preguntas deben ser completadas por el Equipo del CSP o el Equipo Interinstitucional Local, cualquiera sea el equipo que esté haciendo la remisión al Comité de Revisión de Casos.*

Información importante
Si solicita tratamiento residencial y el niño fue adoptado, ¿la Unidad de Adopciones del DCF sabe que la familia está solicitando tratamiento residencial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Nota: Es responsabilidad de la familia notificar a la Unidad de Adopciones de dicho cambio de residencia para el niño/joven.</i>
Si el niño/joven está bajo la custodia del DCF: ¿Cuál era la ciudad de residencia de los padres en el momento de la custodia? ¿Se ha extinguido la patria potestad (TPR)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <i>En caso afirmativo, ciudad de residencia de los padres al momento del TPR:</i>
Persona(s) con autoridad para la toma de decisiones médicas y educativas:
Si el niño/joven tiene un seguro comercial, indique que ha consultado con su seguro para ver si ofrece el beneficio de cubrir el tratamiento residencial. <input type="checkbox"/> Sí, ofrece <input type="checkbox"/> No, no ofrece
<b>Factores de riesgo</b> ( <i>marque todo lo que corresponda</i> ) Víctima comprobada de: <input type="checkbox"/> Abuso físico <input type="checkbox"/> Negligencia <input type="checkbox"/> Abuso sexual <input type="checkbox"/> Abuso emocional <input type="checkbox"/> Declarado con comportamientos sexualmente dañinos <input type="checkbox"/> Autor comprobado de abuso sexual <input type="checkbox"/> Otra adjudicación (describa): <input type="checkbox"/> Otros factores de riesgo (describir): <input type="checkbox"/> Antecedentes de trata de personas <input type="checkbox"/> Antecedentes de/exposición actual a violencia doméstica <input type="checkbox"/> Otros antecedentes traumáticos:

**1. ¿Cuáles son las barreras que impiden que las necesidades del niño/joven sean satisfechas en la comunidad?**

**2. Responda UNA de las siguientes preguntas--Si está solicitando una evaluación, responda (a) si está solicitando tratamiento residencial, responda (b).**

a. Si está solicitando una evaluación, ¿cuáles son las preguntas clínicas y/o educativas que desea que le respondan?

b. Si está solicitando tratamiento residencial, ¿cuáles son los objetivos para este nivel de intervención intensiva? ¿Cuáles son los objetivos de la familia y del niño/joven?

**3. ¿Cómo será la participación de los padres/familia durante el tratamiento residencial?**

**4. Infórmenos sobre cualquier desafío anticipado respecto de la participación de los padres/familia en el tratamiento.**

**5. ¿Existen recomendaciones de servicios en el hogar mientras el niño/joven está en tratamiento? En caso afirmativo, describa.**

**6. ¿Cómo sabrá el equipo que hay progreso? ¿Qué resultados están buscando?**

**7. ¿Cuál es el plan de alta/reintegración a nivel comunidad?**

**Situación de vida del niño/joven**

*Marque las casillas correspondientes para indicar las situaciones de vivienda y colocaciones anteriores, actuales y propuestas del joven e incluya las fechas en la línea.*

<b>Tipo (Marque todo lo que corresponda e incluya fechas).</b>	<b>Anterior</b>	<b>Actual</b>	<b>Propuesta</b>
Vida independiente	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Dos cuidadores (al menos uno biológico)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Un solo padre biológico (sin pareja)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Paternidad compartida	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hogar adoptivo	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Familiares/Adulto no remunerado	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hogar de crianza	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hogar de crianza terapéutico	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Casa de acogida	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Refugio de emergencia	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Evaluación del Programa de Tratamiento Residencial	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Tratamiento Residencial: a largo plazo (no para uso de sustancias/alcohol)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Programa de Tratamiento Residencial para uso de Sustancias/Alcohol	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hospital médico	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Centro Juvenil Seguro	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Establecimiento Correccional	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Alternativas de detención	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Sin lugar para quedarse	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Otro ( <i>describir</i> ):	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Otro ( <i>describir</i> ):	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<b>Describa la situación de vivienda propuesta:</b>			

**Página de firma de remisión residencial****Firma del Padre/Tutor:** Siempre obligatorio.

Nombre, cargo y número de teléfono	Firma	Fecha	Remisión residencial	
			De acuerdo	En desacuerdo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Firma del Administrador Educativo:** Si el niño está en un IEP, el Director de Educación Especial debe firmar. Si el niño no está en un IEP (*es decir*, el niño está en un plan 504, plan EST o en educación regular), se requiere la firma del Director o del Director de Educación Especial (según lo determinen los procedimientos locales).

Nombre, cargo y número de teléfono	Firma	Fecha	Remisión residencial	
			De acuerdo	En desacuerdo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Firma del Director del Distrito de la División de Servicios Familiares:** Si el niño/joven está bajo la custodia del comisionado del Departamento de Niños y Familias, esta es una firma obligatoria.

Nombre, cargo y número de teléfono	Firma	Fecha	Remisión residencial	
			De acuerdo	En desacuerdo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Firma del director o director designado de Community Mental Health Children:** Siempre obligatorio.

Nombre, cargo y número de teléfono	Firma	Fecha	Remisión residencial	
			De acuerdo	En desacuerdo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Firmas de otros miembros del equipo:**

Nombre, cargo y número de teléfono	Firma	Fecha	Remisión residencial	
			De acuerdo	En desacuerdo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>