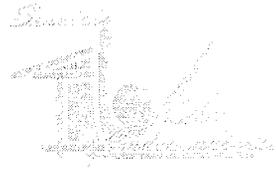


Gobierno de Puerto Rico  
Departamento de la Familia  
Administración de Familias y Niños



Administración Auxiliar de Cuidado Sustituto y Adopción

25 de marzo de 2011

**ADFAN-ACSA-2011-010**

**Directores/as Regionales  
Directores/as Asociados/as  
Supervisores/as Servicio  
Vida Independiente**

María L. Carrillo de Sevilla  
Sub – Administradora

Mariel Collazo Otero, MTS  
Administradora Auxiliar Interina  
Cuidado Sustituto y Adopción

Pedro Cartagena Martínez, MTS  
Coordinador General  
Servicio Vida Independiente

**PLAN DE EGRESO SERVICIO VIDA INDENPENDIENTE**

Todo joven que egresa de Cuidado Sustituto enfrenta el reto de tomar decisiones relacionadas a su seguridad, salud, vivienda, economía, apoyo y permanencia. Es responsabilidad del Departamento de la Familia proveerles a los jóvenes bajo su custodia las herramientas necesarias para que puedan desarrollar y lograr exitosamente su plan de egreso.

Como parte de los esfuerzos que se realizan para reestructurar el Servicio de Vida Independiente se incorpora como practica requerida, efectivo al recibo de esta comunicación, el Nuevo Plan de Egreso. Será requerido la utilización del mismo una vez el/la joven cumpla los 18 años de edad. Adjunto se define el Plan, se incluyen los deberes, responsabilidades y los formularios requeridos para su desarrollo.

## **PLAN DE EGRESO**

Se refiere a la evaluación de los logros y/o dificultades de las metas, objetivos y actividades diseñadas previamente con el/la joven en pro de una sana transición a la edad adulta. Un Plan de Egreso o Transición es la evaluación sistemática de los recursos con los que cuenta un joven luego de su egreso de Cuidado Sustituto.

Cada joven debe preparar este plan tomando en consideración su situación actual y posible situación futura, sobre las siguientes bases:

- Finanzas y presupuesto
- Destrezas de vida
- Empleo
- Educación
- Vivienda
- Transportación
- Identidad
- Seguro medico - Condiciones de salud
- Recursos de la comunidad y el Estado
- Redes de Apoyo - Adultos significativos 24/7

Una vez el joven cumpla los 18 años el TS/TSF del Servicio de Vida Independiente convocará a una reunión para desarrollar el Plan de Egreso y/o Transición inicial. La reunión debe llevarse a cabo en un área libre de interrupciones o distracciones y debe separarse como mínimo una hora para su desarrollo. En la preparación del Plan los roles serán los siguientes:

### ***Responsabilidad del/ la Joven:***

El joven debe entender que es sobre su vida que se realizan estos planes. Su participación es fundamental en la toma de decisiones que afectaran o no su transición fuera de Cuidado Sustituto. Debe ser el o ella quienes completen todas las partes de su plan e identifiquen las redes de apoyo con las que cuentan para el logro metas.

### ***Responsabilidad del Trabajador Social y/o Técnico de Servicio a la Familia:***

El Plan debe ser desarrollado únicamente por el joven, el TS/TSF interpretará cada parte del plan y contestará preguntas que ayuden al joven en la toma de decisiones. Propiciara la reflexión y la auto evaluación. Se asegurará que el joven complete todas las partes del Plan y que firme las mismas como compromiso para su cumplimiento.

## MAPA DEL PLAN DE EGRESO Y/O TRANSICION

### FINANZAS Y PRESUPUESTO

- Cuenta de banco
- Ahorros
- Fuentes de Ingreso
- Presupuesto Mensual
- Verificación de Crédito
- Recursos Disponibles

### TRANSPORTACION

- Licencia de Aprendizaje
- Licencia de Conducir
- Transportación Pública

### IDENTIDAD

- Certificado de Nacimiento (original)
- Certificado de Seguro Social
- Información sobre mis orígenes
- Documentos legales
- Libro de Vida

### DESTREZAS DE VIDA

- Preparación de alimentos
- Higiene personal
- Teléfonos de Emergencia (Policía, Bomberos, etc.)
- Deberes y responsabilidades como ciudadano
- Asistencia legal gratuita
- Otras destrezas de vida

### SEGURO MEDICO

- Plan Medico
- Medico Primario
- Conocer hospitales cercanos
- Conocer todas mis condiciones medicas
- Conocer sobre mis medicamentos y citas
- Autorización medica

### EMPLEO

- Tengo empleo si/no
- Resume
- Destrezas para la búsqueda y retención de un empleo
- Recursos disponibles para la búsqueda de empleo

### **EDUCACION**

- Diploma de escuela superior
- Diplomas o certificaciones de cursos técnicos
- Selección de Carrera
- Matricula y costos relacionados
- Tiempo estimado para completar carrera seleccionada

### **RECURSOS DE LA COMUNIDAD Y EL ESTADO**

- Ayudas económicas
- Programa de Asistencia Nutricional
- Grupos de Apoyo Comunitarios
- Conexiones con la comunidad
- Apoyo espiritual / Iglesia

### **VIVIENDA**

- Donde vivirá luego de mi egreso de Cuidado Sustituto
- Alquiler
- Compra
- Alquiler compartido
- Responsabilidades como arrendador o comprador
- Alternativas de Vivienda Pública

**INSTRUCCIONES:** El participante con la dirección del TS/TSF deberá evaluar cada elemento del Mapa para su Plan de Egreso. Colocará una marca de cotejo sobre aquellas metas ya completadas o logradas por cada elemento. Esto ayudará al joven en su proceso de auto evaluación, una vez completado se procederá a documentar cada elemento del Mapa individualmente.

## **FINANZAS Y PRESUPUESTO**

1. POSEEO UNA CUENTA BANCARIA: SI  NO  (De seleccionar Si, completar lo siguiente)

BANCO	<input type="checkbox"/>
CANTIDAD EN AHORROS	<input type="checkbox"/>
CANTIDAD DISPONIBLE	<input type="checkbox"/>
SERVICIO DE ATH	<input type="checkbox"/>

2. CUALES SON MIS FUENTES DE INGRESO:

EMPLEO	
AHORROS	
MESADA	
OTROS	

3. PRESUPUESTO MENSUAL: \_\_\_\_\_

GASTOS:

\$
\$
\$
\$
\$
\$

MIS GASTOS EXCEDEN MI PRESUPUESTO MENSUAL: SI  NO

**ACUERDOS:**

META	OBJETIVO	FECHA A COMPLETARSE

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

PROXIMA REVISION: \_\_\_\_\_

## **DESTREZAS DE VIDA**

AREA QUE DOMINO	SI	NO
1. PUEDO PREPARAR MAS DE UN MENU PARA EL DESAYUNO		
2. PUEDO PREPRAR MAS DE UN MENU PARA EL ALMUERZO		
3. PUEDO PREPAR MAS DE UN MENO PARA LA CENA		
4. ME BAÑO AL MENOS UNA VEZ AL DIA		
5. CONOZCO Y TENGO ACCESIBLES LOS TELEFONOS DEL CUARTEL DE LA POLICIA MAS CERCANO		
6. CONOZCO Y TENGO ACCESIBLES LOS TELEFONOS DE LOS BOMBEROS		
7. CONOZCO Y TENGO ACCESIBLES LOS TELEFONOS DE POR LO MENOS UN ADULTO CON QUIEN CONTAR EN UNA EMERGENCIA		
8. CONOZCO Y TENGO ACCESIBLES LOS TELEFONOS DE LA DEFENSA CIVIL DE MI MUNICIPIO		
9. DESARROLLE Y TENGO DISPONIBLE UN PLAN DE DESALOJO EN CASO DE DESASTRES		
10. CONOZCO Y TENGO ACCESIBLE TELEFONOS Y DIRECCION DE ASISTENCIA LEGAL GRATUITA		

HE TOMADO LOS SIGUIENTES TALLERES DE DESTREZAS DE VIDA EN EL SERVICIO DE VIDA INDEPENDIENTE:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

**ACUERDOS:**

META	OBJETIVO	FECHA A COMPLETARSE

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

PROXIMA REVISION: \_\_\_\_\_

**EMPLEO**

ME ENCUENTRO EMPLEADO/A AL MOMENTO: SI  NO

PATRONO:	
DIRECCION:	
TELEFONOS:	
POSICION:	
SUELDO:	
TIEMPO EN EL EMPLEO:	

RESUME DISPONIBLE Y ACTUALIZADO: SI  NO

RECIBI EL TALLER PARA BUSQUEDA Y RETENCION DE EMPLEO: SI  NO

CONOZCO A DONDE ACUDIR PARA BUSCAR EMPLEO: SI  NO

**ACUERDOS:**

<b>META</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>FECHA A COMPLETARSE</b>

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

PROXIMA REVISION: \_\_\_\_\_

**EDUCACION**

COMPLETE MI ESCUELA SUPERIOR: SI

NO

DE CONTESTAR NO, CUALES SON MIS ESTRATEGIAS PARA LOGRARLO:

ESTRATEGIA 1:	
ESTRATEGIA 2:	
ESTRATEGIA 3:	

COMENCE ESTUDIOS TECNICOS Y/O UNIVERSITARIOS: SI

NO

INSTITUCION EDUCATIVA:	
INICIE ESTUDIOS:	
TERMINARE ESTUDIOS:	

**AUN NO HE ELEGIDO QUE VOY A ESTUDIAR Y DONDE:**

TOMAR PRUEBA DE INTERESES VOCACIONALES:	
ORIENTACION SOBRE UNIVERSIDADES Y/INSTUCIONES	
SELECCIONE:	
INICIARE MATRICULA EL:	
DOCUMENTOS QUE DEBO TENER	

- SOLICITUD DE ADMISION: SI  NO
- ENVIE TRANSCRIPCION OFICIAL: SI  NO
- COLLEGE BOARD: SI  NO
- CERTIFICACION DE INGRESOS PARA SOLICITUD DE BECAS FEDERALES: SI  NO
- COMPLETAR SOLICITUD DE BECA FEDERAL: SI  NO
- SELECCION DE CLASES Y HORARIOS: SI  NO

**SI MIS CONTESTACIONES FUERON EN SU MAYORIA NO CUAL ES MI PLAN:**

**ACUERDOS:**

META	OBJETIVO	FECHA A COMPLETARSE

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

PROXIMA REVISION: \_\_\_\_\_

## TRANSPORTACION

POSEO LICENCIA DE APRENDIZAJE: SI  NO  (De seleccionar Si, completar lo siguiente)

NUMERO LICENCIA	
FECHA DE EXPEDICION	
FECHA DE EXPIRACION	

POSEO LICENCIA DE CONDUCIR: SI  NO  ( De seleccionar Si, completar lo siguiente)

NUMERO LICENCIA	
FECHA DE EXPEDICION	
FECHA DE EXPIRACION	

CONOZCO MIS RESPONSABILIDADES DE CONDUCTOR RESPONSABLE: SI  NO

CONOZCO LOS DERECHOS DE LOS PEATONES: SI  NO

DE NO HABER DILIGENCIADO CUALQUIERA DE LAS DOS LICENCIAS CUAL SERA MÍ PLAN:

### ACUERDOS:

META	OBJETIVO	FECHA A COMPLETARSE

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

PROXIMA REVISION: \_\_\_\_\_

**IDENTIDAD:**

POSEEO MI CERTIFICADO DE NACIMIENTO: SI  NO

POSEEO MI CERTIFICADO DEL SEGURO SOCIAL: SI  NO

CONOZCO CUALES SON MIS ORIGENES: SI  NO

NOMBRE DE MADRE	
FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE	
LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE	
NOMBRE DEL PADRE	
FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE	
LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE	
NOMBRE ABUELOS MATERNOS	
NOMBRE ABUELOS PATERNOS	

NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONOS DE HERMANOS

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONOS

POSEEO COPIA DE LOS DOCUMENTOS LEGALES DE MI CASO: SI  NO

INICIE MI LIBRO DE VIDA: SI  NO

SI LA MAYORIA DE LAS CONTESTACIONES SON NO, ELABORA UN PLAN:

**ACUERDOS:**

<b>META</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>FECHA A COMPLETARSE</b>

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

PROXIMA REVISION: \_\_\_\_\_

**RECURSOS DE LA COMUNIDAD Y EL ESTADO:**

AYUDAS ECONOMICAS DISPONIBLES:

<b>TIPO DE AYUDA</b>	<b>INSTITUCION QUE LA OTORGA</b>	<b>DIRECCION Y TELEFONO</b>

PROGRAMAS DE ASISTENCIA NUTRICIONAL:

<b>TIPO DE AYUDA</b>	<b>INSTITUCION QUE LA OTORGA</b>	<b>DIRECCION Y TELEFONO</b>

GRUPOS DE APOYO COMUNITARIO:

<b>TIPO DE AYUDA</b>	<b>INSTITUCION QUE LA OTORGA</b>	<b>DIRECCION Y TELEFONO</b>

CONEXIONES CON LA COMUNIDAD:

<b>GRUPO</b>	<b>TIPO DE CONECCION</b>	<b>DIRECCION Y TELEFONO</b>

APOYO ESPIRITUAL Y/O IGLESIA:

<b>IGLESIA</b>	<b>HORARIOS Y SERVICIOS</b>	<b>DIRECCION Y TELEFONO</b>

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

PROXIMA REVISION: \_\_\_\_\_

**VIVIENDA:**

FUI ORIENTADO/A Y ENTIENDO QUE LOS PAGOS QUE REALIZA EL DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA A MI FAVOR POR CONCEPTO DE VIVIENDA CESARAN UNA VEZ CUMPLA LA MAYORIA DE EDAD:

SI  NO

PARA ESTA FECHA HE DESARROLLADO EL SIGUIENTE PLAN:

PLAN 1:

ALQUILARE EL APARTAMENTO QUE ACTUALMENTE OCUPO: SI  NO

ALQUILARE OTRO APARTAMENTO: SI  NO

PARA EL ALQUILER CUENTO CON EL SIGUIENTE PRESUPUESTO MENSUAL: \_\_\_\_\_

PLAN 2:

COMPARTIRE EL PAGO DEL ALQUILER DEL APARTAMENTO QUE ACTUALMENTE OCUPO CON:

COMPARTIRE EL PAGO DE OTRO APARTAMENTO CON: \_\_\_\_\_

PLAN 3:

VIVIRE EN EL HOGAR DE \_\_\_\_\_, QUIEN ESTA DE ACUERDO EN RECIBIRME Y CON QUIEN GUARDO LA SIGUIENTE RELACION \_\_\_\_\_

CUENTO CON UN APOYO FAMILIAR O PARTICULAR QUE ME PROVEERA VIVIENDA:

NOMBRE:	
DIRECCION:	
TELEFONOS:	
RELACION:	

NOMBRE:	
DIRECCION:	
TELEFONOS:	
RELACION:	

**PLAN 4:**

SOLICITARE VIVIENDA PÚBLICA:

FECHA EN QUE TOMARE LA ORIENTACION: \_\_\_\_\_

FECHA DE RADICACION DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

NO HE ESTABLECIDO NINGUN PLAN PARA IDENTIFICAR UNA ALTERNATIVA DE VIVIENDA SEGURA:

META	OBJETIVO	FECHA A COMPLETARSE

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

PROXIMA REVISION: \_\_\_\_\_

## SALUD

POSEO SEGURO O PLAN MÉDICO SI  NO

CONTINÚA EN VIGENCIA LUEGO DE QUE CUMPLA MI MAYORÍA SI  NO

ASEGURADORA:	
NÚMERO CONTRATO:	
VIGENCIA:	

TENGO UN MÉDICO PRIMARIO: SI  NO

LO VISITO REGULARMENTE: SI  NO

NOMBRE MÉDICO:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONOS:	

CONOZCO TODAS MIS CONDICIONES MÉDICAS Y TRATAMIENTOS: SI  NO

CONOZCO LAS CONDICIONES MÉDICAS DE MIS PADRES: SI  NO

CONDICIONES	DESCRIPCION Y/O SINTOMAS	TRATAMIENTO

CONDICIONES MEDICAS PADRES	DESCRIPCION Y/O SINTOMAS	TRATAMIENTO

**SALUD**

CONOZCO LOS HOSPITALES MÁS CERCANOS EN CASO DE EMERGENCIA: SI  NO

HOSPITAL:	
DIRECCIÓN:	
TELÉFONOS:	

HOSPITAL:	
DIRECCIÓN:	
TELÓFONOS:	

HE AUTORIZADO UN REPRESENTANTE LEGAL EN EL ÁREA DE SALUD PARA QUE LUEGO DE QUE CUMPLA LA MAYORÍA DE EDAD, DE UN MÉDICO CERTIFICAR QUE ME ENCUENTRO MEDICAMENTE INCAPACITADO PARA TOMAR DECISIONES SOBRE MI SALUD FÍSICA Y MENTAL LAS TOMÉ POR MI.

SI  NO

ENTREGUE COPIA DE ESTA AUTORIZACIÓN A MI MÉDICO PRIMARIO PARA QUE FORME PARTE DE MI EXPEDIENTE MÉDICO.

SI  NO

INFORME SOBRE ESTA AUTORIZACIÓN A FAMILIARES Y A AQUELLOS QUE NO GOZAN DE MI CONFIANZA PARA TOMAR DECISIONES SOBRE MI SALUD.

SI  NO

FIRMA DEL JOVEN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA TS/TSF: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACION  
DESIGNADO REPRESENTANTE  
PARA DECISIONES DE EMERGENCIA EN EL AREA DE SALUD**

Yo \_\_\_\_\_, vecino de \_\_\_\_\_,

*Seguro social \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales reconozco que tengo el derecho a tomar decisiones con relación a mi salud física y mental. Reconozco también, que puede llegar el momento que por alguna incapacidad física o mental no pueda tomar determinaciones sobre procedimientos médicos o decisiones médicas que pudieran conllevar riesgo de muerte o incapacidad permanente.*

*Es por esto que; dejé esta autorización designando un representante legal para que de surgir una situación como la arriba descrita la persona que tome decisiones por mi comparta mis valores y conozca mis deseos sobre mi salud y mi vida de yo no poder hacer. Además solicito que esta autorización forme parte permanente de mis expedientes médicos permanentemente.*

*A estos fines designo como mi representante (RED DE APOYO) en el área de salud a:*

*Nombre: \_\_\_\_\_*

*Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_*

*Teléfonos: \_\_\_\_\_*

*Número de Identificación: \_\_\_\_\_*

*Autorizó al Sr. /Sra: \_\_\_\_\_ a tomar decisiones medicas sobre mi incluyendo; decisiones que conlleven aceptar o negarse a un tratamiento, servicios dirigidos a detectar o tratar una condición, medidas para mantenerme vivo con asistencia de maquinas o no, cirugías y cualquier otro tratamiento que se recomiende debido a mi situación. En la situación de que mis deseos no estuvieran claros autorizo a mi representante a que tome las mejor decisiones partiendo de lo que este conoce como mis intereses y valores. Este autorización será vigente una vez cualquier medico haya declarado que estoy médicamente incompetente para tomar decisiones por mi mismo.*

*En caso de que mi representante principal no pueda ser localizado o también este incapacitado de tomar decisiones por mi, autorizo el siguiente representante medico como presentante alterno.*

*Nombre: \_\_\_\_\_*

*Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_*

*Teléfonos: \_\_\_\_\_*

*Número de Identificación: \_\_\_\_\_*

*Certifico que he informado de esta autorización asignando un representante a aquellos que no gozan de mi confianza para tomar decisiones sobre mi salud.*

Además certifico haber discutido esta autorización con quienes designo como mis representantes y estos han aceptado y se comprometen a tomar decisiones basadas en mis deseos y valores.

Certifico que entiendo y acepto el propósito de esta autorización, la cual someto voluntariamente y en pleno uso de mis funciones hoy \_\_\_\_\_.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Testigos: \_\_\_\_\_

Declaro que el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ firmó esta autorización en mi presencia y que durante la firma se observó a el/la

\_\_\_\_\_ coherente, orientado en tiempo y espacio y en aparente buen estado de salud física y mental.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

PCM/ecg

C: Lcda. Yanitzia Irizarry  
Secretaria

Lcdo. José Vargas  
División Legal

Administradores Auxiliares ADFAN

Especialista en Trabajo Social

Junta Adjudicativa