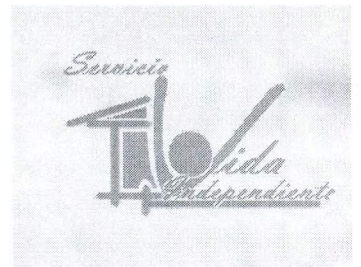




Gobierno de Puerto Rico
Departamento de la Familia
Administración de Familias y Niños



Administración Auxiliar de Cuidado Sustituto y Adopción

29 de abril de 2011

ADFAN-ACSA-2011-014

**Directores/as Regionales
Directores/as Asociados/as
Supervisores/as Regionales
Supervisores/as Servicio
Vida Independiente
Supervisores Locales
Personal Servicio Orientación**

María L. Carrillo de Sevilla
Sub – Administradora

Daisy Aponte Urbina, MTS
Administradora Auxiliar Interina
Cuidado Sustituto y Adopción

Pedro Cartagena Martínez, MTS
Coordinador General
Servicio Vida Independiente

REDES DE APOYO

Efectivo al recibo de ésta comunicación se deberá completar a todo/a joven activo(a) en el Servicio de Vida Independiente y aquellos con este plan de permanencia dentro de los noventa (90) días luego de su ingreso al servicio, identificar sus redes de apoyo/adulto significativo en diferentes áreas, para el logro exitoso de su plan de permanencia. Completaran los formularios que son parte de esta comunicación

ADFAN-CSA-SVI-2011-027
ADFAN-CSA-SVI-2011-028
ADFAN-CSA-SVI-2011-029

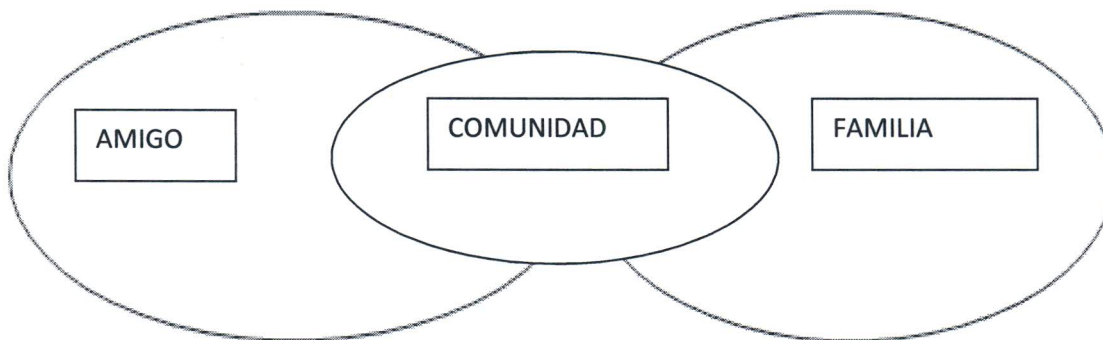
Completar estos documentos nos permitirá cumplir con requisitos de la Ley John H. Chafee.

REDES DE APOYO

Serie de contactos personales a través de los cuales el individuo mantiene su identidad social y recibe apoyo emocional, ayuda material y servicios de información, entre otros.

El logro exitoso de la emancipación o independencia social y económica de un joven dependerá en gran parte de las Redes de Apoyo que construya durante su estancia en Cuidado Sustituto

Tipos de Redes de Apoyo:



El TS/TSF del Servicio de Vida Independiente noventa (90) días luego de la aceptación del joven, coordinará con este una reunión para la identificación por parte del joven de sus Redes de Apoyo. Completará el formulario ADFAN-CSA-SVI-2011-027 en todas sus partes. Luego de que el joven haya identificado a sus adultos significativos el TS/TSF del Servicio citará a una Conferencia con estos adultos para formalizar su compromiso en la vida del joven que conozcan sobre su plan de permanencia y dificultades, (formulario ADFAN-CSA-SVI-2011-028). Los resultados de dicha reunión serán documentados en Resumen de Reunión ADFAN-CSA-SVI-013 Rev. 03/2010

C: Hon. Yanitzia Irrizary, Secretaria

Administradores Auxiliares

Especialistas en Trabajo Social

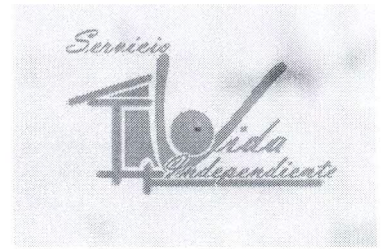
Garantía de Calidad

Oficina de Asuntos Legales

Junta Adjudicativa



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



Administración Auxiliar de Cuidado Sustituto y Adopción

ADFAN-SVI-2011-027

REDES DE APOYO DE JÓVEN PARTICIPANTE DE VIDA INDEPENDIENTE

ADULTO SIGNIFICATIVO APOYO ECONOMICO:

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

ADULTO SIGNIFICATIVO AREA EMPLEO:

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

ADULTO SIGNIFICATIVO VIVIENDA:

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

ADULTO SIGNIFICATIVO EN EMERGENCIAS:

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

ADULTO SIGNIFICATIVO AREA EDUCATIVA:

NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

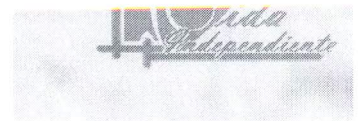
NOMBRE	
DIRECCION	
TELEFONOS	
EMPLEO	

FIRMA DEL JOVEN: _____

FECHA: _____
DIA/MES/AÑO

FIRMA DEL TS/TSF (TESTIGO): _____

FECHA: _____
DIA/MES/AÑO



_____ de _____ de _____

Sr./Sra. _____

**INVITACION A REUNION
CON RELACION JOVEN:** _____

Estimado/a Señor/a: _____

Lo/a invitamos a que participe de la reunión que se llevará a cabo el _____ a las _____ en las facilidades del _____. Esta reunión tiene el propósito de establecer las Redes de Apoyo con las que cuenta el/la joven de referencia para el logro de su plan de permanencia.

El/la joven lo identifica a usted como un adulto significativo en su vida. Nos gustaría que su ayuda para poder elaborar un plan que ayude a este/a joven a lograr una sana transición hacia una vida adulta.

Esperamos poder contar con su asistencia. Cualquier pregunta adicional sobre este asunto no dude en comunicarse con quien suscribe a los siguientes teléfonos:

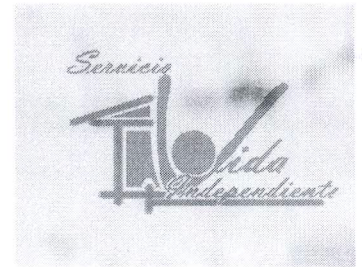
_____.

Atentamente,

TS/TSF Servicio De Vida Independiente



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



Administración Auxiliar de Cuidado Sustituto y Adopción

ADFAN-CSA-2011-029

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD
PARTICIPANTE INVITADO A CONFERENCIA REDES DE APOYO**

Yo, _____, me comprometo a guardar absoluta confidencialidad sobre todo lo discutido en esta reunión, a celebrarse hoy día _____, con la relación al/la joven _____.

Entiendo que el propósito de esta Conferencia es identificar los adultos significativos con los que cuenta este/a joven para el logro exitoso de una sana transición hacia una vida adulta.

Me comprometo a cumplir con las responsabilidades, decisiones, opciones y alternativas que se hayan establecido entre todos, dirigidos a garantizar el bienestar y seguridad del/la joven; _____.

Firma del/la Adulto(a) Significativo (a): _____

Fecha: _____

Firma del/ la Joven: _____ Fecha: _____

Firma TS/TSF V.I.: _____ Fecha: _____