 **Acuerdo Extrajudicial de Supervision Protectora**

Nombre del caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre (s) de los padres/cuidador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entendemos que la participacion es de forma voluntaria, en la recepción de servicios de supervisión protectora. Como parte de nuestra participación en la recepción de estos servicios, estamos de acuerdo a las condiciones siguientes:

1.    Un consegero de servicios trabajará con nosotros en nuestra casa para ayudar a resolver los problemas de familia y construir la fortaleza de nuestra familia.

2.    Estamos de acuerdo en participar activamente en el desarrollo y la realización del plan familiar.

3.    Entendemos que los servicios pueden ser suspendido por la Agencia en cualquier momento, mediante hay notificacion a nosotros oralmente o por escrito. Si no estamos de acuerdo con la suspensión de servicios podemos solicitar una revisión administrativa o personal de la Agencia para determinar nuestra elegibilidad para los servicios.

4.    Entendemos que podemos solicitar la interrupción de los servicios en cualquier momento, mediante hay notificación a la Agencia oralmente o por escrito. La Agencia evaluará la situación y, si no está de acuerdo con esta solicitud, puede presentarse una petición de supervisión protectora ordenada por la corte.

5.    Entendemos que si no cooperamos con los servicios recomendados y no cumplimos sustancialmente con el plan de caso o no hacemos suficiente progreso hacia el mejoramiento de las condiciones de el informe de abuso o negligencia, La Agencia puede solicitar que la Corte Tribunal ordene supervisión protectora.

6.    Entendemos que por ley el consejero de servicios descubre nueva informacion de un nuevo incidente de abuso o negligencia el consejero tiene que llamar a la línea directa de abuso de la Florida para investigar el nuevo incidente.

7.    Estamos de acuerdo en notificar al consejero de servicios antes de cambiar nuestra dirección o de notificar cualquier personas adicionales que están viviendo en nuestra casa. También estamos de acuerdo en notificar al consejero de servicios de personas que frecuentan nuestro hogar o más tarde convertido en frecuentes visitantes.

8.    Estamos de acuerdo en notificar de inmediato a la policía local si un niño en nuestro hogar se escapa o de lo contrario no se encuentra.

9.    También estamos de acuerdo a la publicación de información médica, psicológica, psiquiátra, y información escolar para completar una evaluación familiar y formular el plan de caso familiar.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Firma de Consejero o Investigador l Firma de Supervisor

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

  Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Firma de padre/cuidador Firma de padre/cuidador

Otra Firmas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(según corresponda) Firma, firma de rol de relación/&/rol de relación Firma, firma de rol de relación/&/rol de relación

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma, firma de rol de relación/&/rol de relación Firma, firma de rol de relación/&/rol de relación

CF-FSP 5264, PDF 10/2005



Original

Parent/Caregiver’s Name(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_