

## PLAN Y ACUERDO PARA LA TRANSICIÓN A UNA VIDA INDEPENDIENTE

Joven: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Puede recibir textos?:  Email: \_\_\_\_\_

**Instrucciones para el joven:** El propósito de este acuerdo es captar las metas que tú estás de acuerdo en lograr durante los próximos 6 meses. Es una buena herramienta de organización para ayudarte a permanecer enfocado y seguir tu progreso para lograr cada meta. Tu trabajador social/oficial de libertad condicional y tu proveedor de cuidado también tendrán copias de este acuerdo y te ayudarán a lograr tus metas.

**Instrucciones para el proveedor de cuidado:** Usted está de acuerdo en ayudar al joven en el desarrollo de sus metas respecto al Programa de Vida Independiente (ILP) y apoyarlo en completar las actividades.

**Instrucciones para el trabajador social/oficial de libertad condicional:** Usted acuerda ayudarles al joven y al proveedor de cuidado a completar este formulario, y desarrollar servicios de planeación que ayudarán a los jóvenes a alcanzar sus metas. Documente en CWS/CMS los servicios que se planeen y se proporcionen.

Oficiales de libertad condicional: Usen procedimientos del manual para la documentación.

Las actividades y metas de servicios que se van a tratar en el plan:

Las metas son individualizadas, están basadas en tu evaluación, y podrían incluir ejemplos tales como:

- desarrollar una conexión de toda la vida con un adulto que te apoye
- graduarse de *high school*
- obtener un trabajo de tiempo parcial
- invertir ahorros del trabajo de tiempo parcial
- desarrollar conexiones comunitarias
- obtener una beca para asistir a la universidad
- desarrollar la capacidad de cumplir con la siguiente actividad cotidiana: \_\_\_\_\_

Las actividades son individualizadas para ayudar a alcanzar alguna meta específica. Ejemplo – si una de las metas es graduación de *high school*, la actividad dirigida por el joven pudiera ser asistir a las clases regularmente sin llegar tarde durante los próximos 6 meses. Para los jóvenes que participan en los servicios de ILP, las actividades se reportan en CMS como servicios prestados de ILP. El trabajador social seleccionará uno o más de los siguientes tipos de servicios de ILP al que corresponda la actividad individualizada completada:

- |  |   |
|--|---|
| • asesoría de necesidades recibida bajo ILP        | • ayuda económica para la comida y alojamiento bajo ILP |
| • consejería bajo ILP                              | • vivienda transicional <i>THP, THP Plus</i> bajo ILP   |
| • educación bajo ILP                               | • administración del hogar bajo ILP                     |
| • educación bajo ILP después de <i>high school</i> | • manejo del tiempo bajo ILP                            |
| • ayuda financiera bajo ILP para la educación      | • habilidades como padre bajo ILP                       |
| • consejería bajo ILP sobre carreras/empleos       | • habilidades interpersonales/sociales bajo ILP         |
| • entrenamiento laboral/vocacional bajo ILP        | • otra ayuda financiera bajo ILP                        |
| • manejo de dinero bajo ILP                        | • transportación bajo ILP                               |
| • habilidades del consumidor bajo ILP              | • Otro (vales/incentivos)                               |
| • cuidado de la salud bajo ILP                     |   |

- Entiendo que si tengo trabajo como parte de este plan, no se tomarán en consideración mis ingresos ganados ya que el propósito de mi empleo es adquirir conocimiento de las habilidades, hábitos, y responsabilidades que se necesitan para mantener un empleo. (*WIC 11008.15*)
- Entiendo que el retiro de los ahorros requerirá la aprobación por escrito de mi oficial de libertad condicional o trabajador social y estará directamente relacionado con el objetivo de la emancipación. Entiendo que si soy un dependiente no menor (NMD), no se requiere aprobación por escrito para los retiros (*WIC 11155.5*)
- Entiendo que recibiré ayuda para obtener mis documentos personales e información sobre asistencia económica para la educación/entrenamiento después de *high school*. (*WIC 16001.9*)
- Entiendo que si tengo 16 años o más y estoy interesado en la universidad, mi trabajador social/oficial de libertad condicional debe ayudarme a identificar una(s) persona(s) de apoyo de educación postsecundaria para ayudarme a solicitar la universidad, incluida la educación profesional y técnica, y la ayuda financiera. (*WIC 16501.1*)

Joven: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Nombre-Trabajador del caso: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajador del caso: \_\_\_\_\_  
 Email - Trabajador del caso: \_\_\_\_\_  
 Periodo de 6 meses de TILP: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.  
 Fecha en que se completó la Asesoría de Necesidades para una Vida Independiente: \_\_\_\_\_.

- Basándose en la evaluación de mi nivel de funcionamiento, las siguientes metas y actividades transicionales satisfacen mis necesidades actuales.
- Participaré en los servicios de ILP para ayudar a alcanzar mis metas.

Meta	Actividad	Partes responsables	Fecha en que se planea completar	Fecha del progreso
Meta #1:				<input type="checkbox"/> Fecha - alcanzó meta: _____ <input type="checkbox"/> Progreso satisfactorio <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ayuda <input type="checkbox"/> Meta necesita modificación.
Meta #2:				<input type="checkbox"/> Fecha - alcanzó meta: _____ <input type="checkbox"/> Progreso satisfactorio <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ayuda. <input type="checkbox"/> Meta necesita modificación.
Meta #3:				<input type="checkbox"/> Fecha - alcanzó meta: _____ <input type="checkbox"/> Progreso satisfactorio. <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ayuda. <input type="checkbox"/> Meta necesita modificación.
Meta #4:				<input type="checkbox"/> Fecha - alcanzó meta: _____ <input type="checkbox"/> Progreso satisfactorio. <input type="checkbox"/> Necesita más tiempo/ayuda. <input type="checkbox"/> Meta necesita modificación.

Comentarios:

---



---



---

Joven: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Trabajador del caso: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajador del caso: \_\_\_\_\_  
Email - Trabajador del caso: \_\_\_\_\_

**Titular de derechos educativos** (Nombre): \_\_\_\_\_ Relación con el joven: \_\_\_\_\_  
Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Representante tribal (si corresponde)** (Nombre): \_\_\_\_\_  
Relación con el joven: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Persona de apoyo de educación postsecundaria (se debe incluir al menos una persona, si corresponde):**  
Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el joven: \_\_\_\_\_  
Ayudará con (marque todo lo que corresponda)  solicitudes universitarias  solicitudes para becas  
Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el joven: \_\_\_\_\_  
Ayudará con (marque todo lo que corresponda):  solicitudes universitarias  solicitudes para becas  
Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Este Acuerdo se actualizará en: \_\_\_\_\_ Núm. de actualización #: \_\_\_\_\_

**El firmar este acuerdo significa que trabajaremos todos juntos para completar los pasos necesarios para ayudar al joven a lograr sus metas.**

\_\_\_\_\_  
*Firma del joven*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del proveedor de cuidado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del trabajador social/oficial de libertad condicional*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del supervisor del trabajador social/oficial de libertad condicional*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

**Información para inscribirse para votar:**

Inscripción de votantes de la Secretaría del Estado  
[www.sos.ca.gov/elections/voter-registration](http://www.sos.ca.gov/elections/voter-registration)

Copias a: Jóvenes  
Cuidador  
Expediente  
ILP

Información de contacto de la Secretaría del Estado para el Votante  
[www.sos.ca.gov/elections/contact/email-elections-division](http://www.sos.ca.gov/elections/contact/email-elections-division)

Línea de ayuda de la Secretaría del Estado para el Votante  
(800) 345-VOTE(8683)