

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ALOJAMIENTO TRANSICIONAL PARA
DEPENDIENTES MAYORES DE EDAD
(THPP-NMD)**

Nombre del participante:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Identificación de género:	Pronombre preferido:	
Nombre del Trabajador Social Infantil (CSW)/Oficial Adjunto de Libertad Condicional (DPO):		

*THPP-NMD es un programa de colocación en viviendas de transición a nivel de condado para Dependientes Judiciales Mayores de Edad (NMD) de entre 18 y 21 años. El programa proporciona un entorno de vida seguro y servicios de apoyo para que los Dependientes no menores (NMD) puedan practicar las habilidades necesarias para vivir de forma independiente al salir del sistema de acogida. **THPP-NMD no está diseñado para ser utilizado como una opción de colocación de emergencia o a corto plazo.***

1) Los trabajadores sociales (CSW) y los oficiales adjuntos de libertad condicional (DPO) deben comunicarse directamente con la Agencia de THPP-NMD para confirmar las vacantes.

Agencia de THPP-NMD	Viviendas ubicadas en Áreas de Planificación de Servicios (SPA)	Número de contacto	Dirección de correo electrónico:
ASPIRANET	7, 8	(310) 535-1500	lbtayreferrals@aspiranet.org
FLORENCE CRITTENTON FAMILY SERVICES	3, 6, 7, 8	(714) 680-9000 ext. 1009	thppnmdreferrals@crittentonsocal.org
DAISY'S HOUSE	2, 4, 6	(310) 877-9587	admin@daisyshouse.net
DAVID AND MARGARET	3, 7	(840) 208-3657	compass@davidandmargaret.org
FIRST PLACE FOR YOUTH	2, 3, 4, 6, 8	(213) 835-2700	applyla@firstplaceforyouth.org
HUMAN EDVANCEMENT	1, 2	(661) 414-3714	thpp-nmd@humanedvancement.org
OLIVE CREST	3, 7	(562) 977-6955	thp-la@olivecrest.org
PENNY LANE	1, 2	(818) 892-3423	nmdapplications@pennylane.org
RENAISSANCE	3, 6, 8	(323) 935-1786	office@renaissancehousing.org
ST. ANNE'S FAMILY SERVICES	4	(213) 381-2931 ext. 402	thp_referrals@stannes.org
WALDEN	1, 2, 3	(818) 365-3665	thpintake@waldenfamily.org
HILLSIDES	3	(323) 274 -3075	thppnmd@hillsides.org

Nombre del participante:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Identificación de género:	Pronombre preferido:	
Nombre del Trabajador Social Infantil (CSW)/Oficial Adjunto de Libertad Condicional (DPO):		

- 2) Los trabajadores sociales (CSW) y los oficiales adjuntos de libertad condicional (DPO) presentan un paquete de admisión a cada Agencia de THPP-NMD que estén considerando para la colocación del NMD:

Solicitud de THPP-NMD (págs. 2-4; el NMD debe completarla)
 Plan del caso
 Paquete de información sobre salud y educación o documento similar
 Informe judicial de revisión de situación
 Plan de vida independiente de transición
 SOC 161
 SOC 162 o 163
 DCFS 6010 o Libertad Condicional 6010
 Aviso

- 3) Tras recibir el paquete de información inicial, la agencia de THPP-NMD se pondrá en contacto con el CSW/DPO para solicitar información adicional o programar una entrevista en un plazo de 7 días hábiles.
- 4) La Agencia de THPP-NMD notificará a los trabajadores sociales (CSW) y a los oficiales adjuntos de libertad condicional (DPO) la aceptación o el rechazo del NMD dentro de los 7 días hábiles posteriores a que el NMD haya completado el proceso de entrevista.
5. Al momento de la asignación, la agencia debe contar con el formulario SOC 152 y el DCFS 709 o el Plan de Necesidades y Servicios anterior, si corresponde.

Para las colocaciones de THPP-NMD no contratadas, complete y envíe el formulario DCFS 6081 de acuerdo con los procedimientos especiales de colocación de THPP-NMD vigentes.

Para obtener toda la información relacionada con THPP-NMD, los trabajadores sociales (CSW) pueden comunicarse con sus respectivos enlaces de la Oficina de Servicios o enviar un correo electrónico a: thpp@dcfs.lacounty.gov y los DPO pueden enviar un correo electrónico a: THPPNMD@probation.lacounty.gov.

Fecha de recepción por la agencia:

Para ser completado por la agencia de THPP-NMD.

Nombre del participante:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Identificación de género:	Pronombre preferido:	
Nombre del Trabajador Social Infantil (CSW)/Oficial Adjunto de Libertad Condicional (DPO):		

(ESCRIBA A MÁQUINA o EN LETRA DE MOLDE su solicitud)

Fecha:

Nombre del joven:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Número de contacto Celular	Dirección de correo electrónico:	
Dirección actual:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Identificación de género:	Pronombre preferido:	
Criando hijos: Sí; Número de hijos: No	Esperando un bebé:	Sí; Fecha del parto: No

COLOCACIÓN ACTUAL		
Programa de Tratamiento Residencial a Corto Plazo (STRTP) Pariente; Relación: Otro:	Hogar de crianza	Asignación a un Programa de Vida independiente Supervisada (SILP)
Número de contacto Celular	Dirección de correo electrónico:	

CONEXIÓN ADULTA PERMANENTE (Persona que siempre puede encontrarle)		
Nombre:	Relación:	
Número de contacto Celular	Dirección de correo electrónico:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

INFORMACIÓN SOBRE EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS (DCFS)/LIBERTAD CONDICIONAL		
Nombre de la oficina:		
CSW/DPO:	Número de contacto:	Celular
	Correo electrónico:	
Trabajador Social Supervisor de Menores (SCSW)/Suboficial de Libertad Condicional Supervisor (SDPO):	Número de contacto:	Celular
	Correo electrónico:	
Coordinador del Programa de Vida Independiente (ILP)/de transición:	Número de contacto:	Celular
	Correo electrónico:	

Nombre del participante:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Identificación de género:	Pronombre preferido:	
Nombre del Trabajador Social Infantil (CSW)/Oficial Adjunto de Libertad Condicional (DPO):		

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL CUIDADO DE CRIANZA AMPLIADO
(Adjunte el formulario SOC 161 a esta solicitud)

Seleccione todas las opciones que correspondan:

- Educación secundaria completa/credencial equivalente
- Inscrito en una institución de educación postsecundaria/vocacional
- Empleado al menos 80 horas al mes
- Participa en actividades diseñadas para promover o eliminar barreras al empleo
- Incapaz de realizar cualquiera de las actividades anteriores debido a una condición médica

EDUCACIÓN					
(Marque la casilla correspondiente al grado más alto alcanzado)					
9º	10º	11º	12º	Diploma de escuela secundaria	Diploma de educación general
Nombre de la escuela secundaria:			Fecha de graduación de la escuela secundaria:		
Universidad/escuela de formación profesional a la que asiste o a la que asistió por última vez:			Unidades completadas:		
He obtenido un:	Título de asociado (AA/AS)	Certificado de Formación Profesional	Otro (explique):		

INFORMACIÓN SOBRE EMPLEO/VOLUNTARIADO			
¿Actualmente trabaja?	Sí; en caso afirmativo, complete a continuación:		No
¿Cuánto tiempo lleva trabajando?	Nombre de la empresa:		
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Experiencia laboral/voluntaria previa:	Sí; en caso afirmativo, complete a continuación:		No
Nombre de la empresa			
Puesto de trabajo/voluntariado:			

Nombre del participante:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Identificación de género:	Pronombre preferido:	
Nombre del Trabajador Social Infantil (CSW)/Oficial Adjunto de Libertad Condicional (DPO):		

DECLARACIÓN PERSONAL DEL JOVEN
(Complete o adjunte su declaración personal)

Cuéntenos sobre usted. Por ejemplo, ¿qué le gusta hacer en su tiempo libre? ¿Cuáles son sus planes para el futuro? ¿Por qué desea participar en el Programa de Alojamiento Transicional para Dependientes Mayores de Edad (THPP-NMD)? ¿Cuáles son sus objetivos profesionales? ¿Cuáles son sus objetivos educativos y/o vocacionales (técnicos)?

Firma del joven:	Fecha:
Firma del CSW/DPO:	Fecha: