



**State of Florida**  
**Department of Children and Families**

**Ron DeSantis**  
Governor

**Shevaun L. Harris**  
Secretary

Nombre del Caso: \_\_\_\_\_

# del Caso FSFN: \_\_\_\_\_

Entendemos y aceptamos participar en recibir servicios de manejo del caso y de seguridad. Como parte de nuestra participación en recibir estos servicios, aceptamos las siguientes condiciones:

1. Un administrador del caso trabajará con nosotros en nuestro hogar para ayudar a resolver problemas familiares y desarrollar los puntos fuertes de familia. Esto incluirá visitas frecuentes sin previo aviso para monitorear la seguridad durante cuyo tiempo el administrador del caso necesitará ver a los niños en el hogar y hablar con ellos individualmente si tienen habilidad verbal.
2. Aceptamos participar activamente en el desarrollo de, y en llevar a cabo el plan familiar del caso lo mejor que podamos, así como también seguir los planes de seguridad implementados.
3. Entendemos que los servicios podrán ser discontinuados por la agencia en cualquier momento, por notificación a nosotros oralmente o por escrito. Si estamos en desacuerdo con la suspensión de los servicios, podremos pedir una revisión de personal o administrativa por el personal de la agencia para determinar nuestra elegibilidad continua para servicios.
4. Entendemos que podremos pedir la suspensión de los servicios en cualquier momento, por notificación a la agencia oralmente o por escrito. La agencia evaluará la situación y, si está en desacuerdo con esta solicitud, una petición podrá ser presentada para supervisión protectora ordenada por el tribunal.
5. Entendemos que, si no cooperamos con los servicios recomendados, no cumplimos considerablemente con el plan del caso, transgredimos el plan de seguridad, o no avanzamos lo suficiente hacia la mejoría de las condiciones que resultaron en el reporte de abuso o abandono, la agencia podrá solicitar al tribunal servicios e intervención ordenados por el tribunal.
6. Entendemos que por ley se requiere que el administrador del caso reporte cualquier alegación subsiguiente de abuso/abandono a la Línea Directa de Abuso de Florida para investigación y acción adicional según se estime necesario.
7. Aceptamos avisarle al administrador del caso por adelantado de cualquier cambio en dirección o de personas adicionales cualesquiera que se muden a nuestro hogar. También aceptamos avisarle al administrador del caso de personas cualesquiera que actualmente son visitantes frecuentes a nuestro hogar o que luego se conviertan en visitantes frecuentes.
8. Aceptamos avisar a las autoridades (policía local o alguacil) inmediatamente si un niño/a en nuestro hogar se escapa o de otra manera está desaparecido/a.
9. También aceptamos firmar las autorizaciones para la divulgación de información para expedientes tales como médicos, psicológicos, psiquiátricos e información educativa según pueda ser necesario para poder completar una evaluación familiar y formular el plan familiar del caso/servicios.

Nombre del Investigador/Administrador del Caso: \_\_\_\_\_ Firma del CPI/CM \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_ Otras Firmas: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_