# DEPARTMENT OF CHILDREN AND FAMILIES

Division of Safety and Permanece

# Análisis y programa de seguridad

SAFETY ANALYSIS AND PLAN

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del caso      | Número del caso      |
| Fecha de la valoración y del programa de seguridad      | Nombre del trabajador / de la trabajadora      |
| **DATOS DE LOS MENORES** |
| Nombre completo [Apellido(s), Nombre]      | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)      |
| **DATOS DEL PADRE / DE LA MADRE / DE LA PERSONA CUIDADORA** |
| Nombre completo [Apellido(s), Nombre]      | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)      |
| **A.** | **Descripción de la amenaza a la seguridad** |
| Describa específicamente las condiciones familiares que respaldan las amenazas a la seguridad identificadas. Si se necesitan valoraciones de tipo psicológico, médico o AODA (alcoholismo o drogadicción) para entender las condiciones que afectan a la seguridad, descríbalas aquí.      |
| **B.** | **Capacidad de protección del padre / de la madre / de la persona cuidadora** |
|  |  | ¿Puede proteger ahora y en el futuro a los menores el padre o la madre que no los maltrata, o bien otra persona adulta en el hogar? |
|  |  | [ ]  Sí | [ ]  No | [ ]  N/A |
|  |  | Si ha respondido "Sí", describa cómo la capacidad de protección del padre, de la madre o de la persona cuidadora pueden hacer frente ahora y en el futuro a las amenazas a la seguridad identificadas. Esta justificación demuestra que el menor está a salvo y que no se necesitan más intervenciones de seguridad. Si ha respondido "No", continúe con el análisis y el programa.      |
| **C.**  | **Análisis** |
|  | 1. | ¿Es posible que funcionen los servicios en el hogar para esta familia? |
|  |  | **Sí** | **No** |  |
|  |  | [ ]  | [ ]  | Los padres están dispuestos a que se presten servicios y colaborarán con los proveedores de los servicios. |
|  |  | [ ]  | [ ]  | El entorno del hogar es lo suficientemente tranquilo para que se presten los servicios y para que los proveedores de los servicios estén a salvo en el hogar. |
|  |  | [ ]  | [ ]  | Los servicios de seguridad que controlan todas las condiciones que afectan a la seguridad pueden iniciarse sin tener los resultados de las valoraciones programadas. |
|  |  | [ ]  | [ ]  | Los padres o las personas cuidadoras residen en el hogar. |
|  | 2. | Resuma claramente lo que se necesita para gestionar la seguridad con el fin de que el menor regrese al hogar una vez se haya implementado un programa de seguridad en el hogar. |
|  |  |       |
|  | 3.  | Servicios de seguridad |
|  |  | A continuación aparecen indicados la amenaza a la seguridad identificada y el servicio de seguridad o el tipo de medida asociado, el proveedor del servicio de seguridad y la explicación específica del servicio o de la medida de seguridad y cómo este/a controlará la amenaza identificada:  |

|  |
| --- |
| Amenaza a la seguridad identificada      |
| Servicio de seguridad / Tipo de medida | Proveedor del servicio de seguridad |
|       |       |
| Describa la disponibilidad, la accesibilidad y la idoneidad del proveedor del servicio de seguridad involucrado en el caso.  |
|       |
| Explique en concreto el servicio o la medida de seguridad y cómo este/a controlará la amenaza identificada. |
|       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 4. | ¿Pueden los recursos disponibles mantener a salvo a los menores en el hogar? |
|  |  | **Sí** | **No** |  |
|  |  | [ ]  | [ ]  | Todos los servicios necesarios / Todas las actividades necesarias existen.  |
|  |  | [ ]  | [ ]  | Todos los servicios necesarios / Todas las actividades necesarias / Todos los proveedores necesarios están disponibles actualmente en el nivel / tiempo requerido. |
|  |  |  |
|  | 5. | Describa cómo los servicios de protección infantil (CPS) gestionarán o supervisarán el programa de seguridad, incluida la comunicación con la familia y los proveedores.       |
| **D.** | **Comentarios (incluido el programa de reunificación de prueba, si procede, así como cualquier otra información pertinente)**      |
| **E.**  | **Firmas** |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  | **FIRMA** de un familiar |  | Fecha de firma |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **FIRMA** de un familiar |  | Fecha de firma |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **FIRMA** de un familiar |  | Fecha de firma |  |  |
|  |
|  |       |  |  |
|  | Nombre del trabajador / de la trabajadora |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **FIRMA** del trabajador / de la trabajadora |  | Fecha de firma |  |  |
|  |
|  |
|  |       |  |  |
|  | Nombre del supervisor / de la supervisora |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **FIRMA** del supervisor / de la supervisora |  | Fecha de firma |  |  |