



Paquete de derivación 2018

Parte I

*(a completar por la agencia  
que hace la derivación)*

# Programa alternativo de fin de semana

**Danielle Vucetich,**

**Coordinador Administrativo**

[VucetichD@Diakon.org](mailto:VucetichD@Diakon.org) (717) 960-6747

**Jason Brode, Director Ejecutivo**

[BrodeJ@Diakon.org](mailto:BrodeJ@Diakon.org) (717) 960-6724

Fax: (717) 258-9408  
571 Mountain Road  
Boiling Springs, PA  
17007

*Revisión: 11/2018*

La siguiente información debe recibirse dos días ANTES de la fecha de inicio del estudiante.

**Documentos que debe presentar el funcionario de libertad condicional/trabajador asignado al caso:**

\_\_\_\_\_ Formulario completo de Autorización del condado para los servicios/finalización de los servicios (página 3)

\_\_\_\_\_ Formulario completo de Identificación del joven (página 4)

\_\_\_\_\_ Formulario completo de Información de derivación (página 5)

\_\_\_\_\_ Documento completo de Objetivos del plan de caso/YLS (página 6)

\_\_\_\_\_ Información de antecedentes (si corresponde)

Resúmenes sociales

Información psicológica/psiquiátrica

Resúmenes de asignaciones anteriores

\_\_\_\_\_ Plan de servicios familiares/**orden judicial** que declare que se asigna al joven al Programa de Diakon Wilderness Center

\_\_\_\_\_ **Paquete de derivación - Parte II**, que se ha proporcionado a la familia/el tutor, con fecha de entrega coordinada.

\_\_\_\_\_ **Examen físico.** El formulario está incluido en el Paquete para la familia/el tutor (Parte II) y debe recibirse antes del cuarto fin de semana del joven en el programa (se aceptan los exámenes físicos que se hayan realizado hace no más de un año o de la institución de detención/refugio)

**Comuníquese con el director del programa si tiene cualquier pregunta. Agradecemos mucho su colaboración para poder mantener nuestros archivos actualizados.**

**AUTORIZACIÓN DEL CONDADO PARA LOS SERVICIOS/FINALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Asignado por el condado: \_\_\_\_\_  
bajo supervisión de **Diakon Child Family & Community Ministries**.

Se aprueba el inicio de la tarifa marcada a continuación ----- Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ Cuidado temporal de nivel I - Tradicional (*tarifa de contrato*)
- \_\_\_\_\_ Cuidado temporal de nivel II - Especializado (*tarifa de contrato*)
- \_\_\_\_\_ Cuidado temporal de nivel III - Tratamiento (*tarifa de contrato*)
- \_\_\_\_\_ Programa de tratamiento diurno Center Point (*tarifa de contrato*)
- \_\_\_\_\_ Programa vespertino Turning Point - (*tarifa de contrato*)
- \_\_\_\_\_ Programa diurno Turning Point - (*tarifa de contrato*)
- \_\_\_\_\_ Programa alternativo de fin de semana (10 fines de semana como mínimo)  
\_\_\_\_\_ *Tarifa de contrato por día*
- \_\_\_\_\_ *Tarifa de contrato (con transporte) por día*
- \_\_\_\_\_ Programa alternativo de fin de semana a corto plazo (*tarifa de contrato*)
- \_\_\_\_\_ Programa Wilderness Challenge (30 días) *Tarifa de contrato por día, varón*
- \_\_\_\_\_ Programa Bridge - (Tarifa de contrato) por día (duración anticipada de la estadía--) \_días
- \_\_\_\_\_ Monitoreo mediante GPS para programa Bridge tradicional, sáb. y dom. (tarifa de contrato)
- \_\_\_\_\_ GPS toda la semana (tarifa de contrato)
- \_\_\_\_\_ Instalación de GPS (tarifa de contrato)

**A. Implementación de los servicios:**

Firme la autorización de los servicios y envíelos por fax o correo electrónico al administrador de caso del cliente o al empleado de Diakon correspondiente. Si tiene cualquier pregunta o inquietud, no dude en comunicarse conmigo:

Jason Brode	717-960-67324	BrodeJ@diakon.org
El director ejecutivo de Diakon	Número de teléfono	Correo electrónico

Gracias por prestar atención a este asunto en tiempo y forma.

Autorizo el inicio de los servicios para este cliente en la fecha y el nivel determinados más arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado de CYS/JPO del condado (escribir el nombre en letras de imprenta y firmar)      Fecha

**B. Finalización de los servicios:**

Firme para autorizar la finalización de los servicios para el cliente que figura más arriba, con vigencia el:

\_\_\_\_\_ Fecha

Autorizo la finalización de los servicios para este cliente en la fecha que figura más arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado de CYS/JPO del condado (escribir el nombre en letras de imprenta y firmar)      Fecha

**Youth Services**  
PO Box 10  
Boiling Springs, PA 17007  
Teléfono: 717-960-6700  
Fax: 717-258-6408  
  
Authorization9-18-14updated/par

**Adoption & Foster Care Services**  
**Topton:**  
One South Home Avenue  
Topton, PA 19562  
Teléfono: 610-682-1504  
Fax: 610-682-1544 o  
Fax: 610-682-1582

**Mechanicsburg:**  
960 Century Drive  
PO Box 2001  
Mechanicsburg, PA 17055  
Teléfono: 717-795-0320  
Fax: 717-795-0445

**York:**  
836 S. George Street  
York, PA 17403  
Teléfono: 717-845-9113  
Fax: 717-852-8439

*HOJA DE IDENTIFICACIÓN PARA DIAKON WILDERNESS CENTER*

<b>Fecha de asignación</b>		<b>Programa</b>	
<b>Motivo de la derivación</b>			

**INFORMACIÓN SOBRE EL JOVEN**

<b>Nombre del joven</b>			
<b>Dirección</b>			
<b>Ciudad, estado, código postal</b>			
<b>Teléfono particular</b>			
<b>N.º DE ID DE CASO</b>			
<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>N.º DE SS</b>	
<b>Raza</b>		<b>Sexo</b>	
<b>Religión</b>		<b>Idioma</b>	

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA, si no es el padre**

<b>Nombre</b>	
<b>Teléfono</b>	
<b>Relación</b>	

**INFORMACIÓN DEL CONDADO**

<b>Nombre del funcionario de libertad condicional/encargado del caso</b>	
<b>Agencia del condado</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Ciudad, estado, código postal</b>	
<b>Dirección de correo electrónico</b>	
<b>Número telefónico de la agencia</b>	
<b>Número telefónico de emergencia</b>	

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA (escriba en primer lugar el nombre del padre/tutor con el que reside el joven)**

<b>Nombre del padre/tutor</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Ciudad, estado, código postal</b>	
<b>Dirección de correo electrónico</b>	
<b>Número/s de teléfono</b>	
<b>Relación</b>	

<b>Nombre del padre/tutor</b>	
<b>Dirección</b>	
<b>Ciudad, estado, código postal</b>	
<b>Dirección de correo electrónico</b>	
<b>Número/s de teléfono</b>	
<b>Relación</b>	
	<b>Contacto permitido (S/N)</b>

**INFORMACIÓN EDUCATIVA DEL ESTUDIANTE:**

<b>Distrito de residencia</b> <small>(Residencia del padre biológico/tutor del estudiante)</small>	Nombre: Tel.	Contacto del personal: Correo electrónico:
<b>Escuela actual</b> <small>(Lugar donde se encuentra el estudiante en este momento, antes de Diakon)</small>	Nombre: Tel.	Contacto del personal: Correo electrónico:
<b>Escuela del vecindario:</b> <small>(Donde asistiría el estudiante si no tuviera problemas)</small>	Nombre: Tel.	Contacto del personal: Correo electrónico:
<b>Educación normal o especial</b> <small>(Marque una de las opciones)</small>	<b>En caso de educación normal, asiste a:</b> <small>(Marque una opción si corresponde)</small>	<b>2. Clases para alumnos talentosos con GIEP</b> <b>3. Clases para alumnos talentosos sin GIEP</b>
<b>Grado actual:</b>		
<b>Educativo/empleo</b>	<b>IEP:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Desarrollo de destrezas:</b>	<b>Calificaciones:</b> <input type="checkbox"/> Buenas <input type="checkbox"/> Promedio <input type="checkbox"/> Malas	
	<b>Ausentismo:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<b>Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde?
	<b>ID (¿tiene uno?):</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## Información de derivación

Proporcione la siguiente información sobre la participación del joven en su agencia a fin de permitir al Programa Alternativo de Fin de Semana a proporcionar el servicio más efectivo posible.

Nombre del joven \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que el joven participa en su agencia?

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el motivo principal de esta derivación? ¿Qué infracciones (si corresponde) ha cometido el año pasado?

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

Proporcione una descripción breve de cualquier víctima que haya sufrido a causa de las acciones del joven en la comunidad:

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

¿El joven debe horas de servicio comunitario? Sí\_\_ No \_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

¿Las horas de servicio comunitario que complete el joven en el programa cumplen con los requisitos de la corte? Sí\_\_ No \_\_

¿El joven debe restitución a la corte? Sí\_\_ No \_\_

¿Cuántos fines de semana se ordena al joven que complete?

\*Las investigaciones han demostrado (SPEP™) que los programas diseñados como el Programa alternativo de fin de semana son más efectivos cuando los jóvenes con un nivel de riesgo moderado/alto reciben 60 horas de intervención dirigida. Se recomienda que todos los jóvenes participen en 8 a 10 fines de semana para asegurar que se cumplan los objetivos de servicio del programa.

Si se asignan al joven menos de 8-10 fines de semana, especifique aquí los fines de semana requeridos \_\_\_\_\_

¿Cuál será la consecuencia si el estudiante es expulsado del Programa alternativo de fin de semana?

\_\_\_\_\_  
(Obligatorio)

¿Qué conductas específicas se están demostrando en el Plan de objetivo/áreas de riesgo?

(En la siguiente página puede consultar más objetivos e instrucciones para elegir los objetivos con los que le gustaría que se trabaje)

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

¿Hay una Evaluación psicológica/psiquiátrica disponible? Sí\_\_ No \_\_

## OBJETIVOS DEL PLAN DE CASO DEL CLIENTE

Instrucciones: Indique las **dos** áreas de riesgo principales de la evaluación de Plan de caso/YLS del cliente y luego seleccione **de 2 a 4** objetivos correspondientes con los que se debe trabajar en esas áreas. Se exige a los clientes completar el 75 % de sus objetivos antes de que puedan completar con éxito el Programa Alternativo de Fin de Semana.

- Circunstancias familiares/padres**
  - Desarrollar y utilizar un plan para mejorar el comportamiento en el hogar y en la comunidad.
  - Desarrollar y seguir un plan para mejorar/lidiar con la relación con su padre/padrastro/madre/madrastra.
  
- Educación/empleo**
  - Desarrollar y utilizar un plan para mejorar el comportamiento en la escuela.
  - Desarrollar y utilizar un plan para lograr el éxito académico.
  - Desarrollar y utilizar estrategias para administrar el conflicto con compañeros y maestros en la escuela.
  - Desarrollar y utilizar un plan para asistir a la escuela/las clases/la ciberescuela todos los días y puntualmente.
  - Desarrollar un plan relacionado con el empleo.
  
- Relaciones con sus compañeros**
  - Desarrollar y utilizar destrezas para identificar y poner fin a relaciones antisociales.
  - Identificar y desarrollar una relación con un mentor/compañero positivo.
  
- Abuso de sustancias**
  - Identificar personas, lugares y cosas negativas.
  - Desarrollar y utilizar estrategias para evitar situaciones con alcohol en el futuro.
  - Identificar cómo el uso de drogas/alcohol ha afectado su vida.
  
- Ocio/recreación**
  - Identificar y participar en actividades socialmente positivas.
  - Identificar diversos recursos comunitarios posibles donde participar/colaborar.
  
- Personalidad/comportamiento**
  - Reflexionar sobre su imagen de sí mismo.
  - Desarrollar y utilizar destrezas para evitar la agresión física.
  - Desarrollar y utilizar estrategias para mejorar la toma de decisiones cuando está frustrado y mejorar la resolución de problemas.
  - Identificar formas de permanecer concentrado.
  - Identificar y llegar a comprender los sentimientos, las opiniones y/o las necesidades de los demás.
  - Desarrollar y utilizar alternativas positivas a la agresión verbal.
  
- Actitudes/orientaciones**
  - Identificar los aspectos negativos del comportamiento inadecuado/antisocial.
  - Identificar los aspectos positivos de recibir ayuda para un problema.
  - Desarrollar y utilizar estrategias para cooperar con las figuras de autoridad.
  - Identificar y utilizar las opciones de tratamiento identificadas.