

PLAN DE INTERVENCIÓN FAMILIAR CON MENORES EN RIESGO

MENOR:
F. NACIMIENTO:
E.M.S.S.G de:
EXPEDIENTE MUNICIPAL (CODIGO):

PLAN ACTUAL			
FECHA	ENTIDAD RESPONSABLE	TÉCNICO DE REFERENCIA	TIPO ⁽¹⁾

(1) Indicar si se trata de un Plan de Intervención Inicial, o una Revisión.

PLANES, ACTUACIONES O MEDIDAS ANTERIORES	
AÑO	MUNICIPIO – OBSERVACIONES

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE RIESGO	
Áreas afectadas	Tipo de Maltrato: sospecha <input type="checkbox"/> confirmación <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Área socio-económica	Activo: <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Emocional
<input type="checkbox"/> Área socio-familiar	Pasivo: Negligencia <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> emocional
<input type="checkbox"/> Área socio-educativa	Otros: <input type="checkbox"/> Expl.laboral <input type="checkbox"/> Prenatal <input type="checkbox"/> Institucional
<input type="checkbox"/> Área socio-sanitaria	Descripción:
<input type="checkbox"/> Otras áreas	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS PARA LA PRESERVACIÓN FAMILIAR

ÁMBITO FAMILIAR (composición, estructura, antecedentes, relaciones, etc)

AYUDAS Y RECURSOS QUE SE OFRECEN AL MENOR Y A SU FAMILIA

Intervención técnica

Derivación al SEAFI

Otras: _____ -

IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA (responsables del/os menor/es)

Demandas / Necesidades

Compromisos que adquiere la familia y, si procede, el menor o menores

Se obtiene compromiso escrito SI NO

TEMPORALIDAD DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Igual o inferior a 6 meses De 6 a 12 meses De 12 a 18 meses

Otra:

INTERVENCIÓN Y COORDINACIÓN					
ÁREA SOCIO-FAMILIAR					
Cod1 EMSSG de otro municipio Cod2 SEAFI Cod3 Centro de Día Cod4 Otros:					
Cod.	F. In.	Documento /Diligencia	Necesidades-Objetivos-Intervención	Responsable	Estado/Valoración⁽²⁾
ÁREA SOCIO-EDUCATIVA					
Cod1 Centro escolar Cod2 SPE Cod3 Gabinete Psicopedagógico Cod4 Otros:					
Cod.	F. In.	Documento /Diligencia	Necesidades-Objetivos-Intervención	Responsable	Estado/Valoración⁽²⁾
ÁREA SOCIO-SANITARIA					
Cod1 Centro de Salud (con / sin U.T.S.) Cod2 Hospital (con / sin U.T.S.) Cod3 Salud Mental Cod4 UCA Cod5 UPC Cod6 Otros:					
Cod.	F. In.	Documento /Diligencia	Necesidades-Objetivos-Intervención	Responsable	Estado/Valoración⁽²⁾
OTRAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN					
Cod1 Policial Cod2 Laboral o pre-laboral Cod3 Ocio y tiempo libre Cod4 Otros					
Cod.	F. In.	Documento /Diligencia	Necesidades-Objetivos-Intervención	Responsable	Estado / Valoración⁽²⁾

(2) Indicar si se ha conseguido el objetivo, si esta en proceso, si se ha iniciado la intervención, si está en curso...

SEGUIMIENTO DEL PLAN (REUNIONES Y CONTACTOS)		
FECHA ⁽³⁾	IMPLICADOS	ACUERDOS - DECISIONES - OBSERVACIONES

(3) Codificar: P=Prevista; R= Realizada

FINALIZACIÓN DEL PLAN FECHA:	
MOTIVO:	VALORACIÓN GENERAL

LISTADO PARA LA LOCALIZACIÓN DE IMPLICADOS				
PERSONA	ENTIDAD	CARGO/PUESTO	DIRECCIÓN	TELEFONO, FAX, E-MAIL

Datos de identificación del menor/es y de la familia.				
PARENTESCO	Nombre	Fecha de Nacimiento	DNI	TELEFONO
Hermano				
Padre				
Madre				
Cuidador				