

## Acuerdo de Colocación Voluntaria para Cuidado en Albergue

### VOLUNTARY PLACEMENT AGREEMENT FOR SHELTER CARE

**Uso del formulario:** Este formulario es obligatorio para las colocaciones voluntarias en un establecimiento de shelter care según s.48.63(1)(b) cuando un menor es colocado voluntariamente bajo el cuidado de un albergue por parte de un padre, tutor legal, custodio indígena, the Department of Corrections, un departamento del condado según s. 46.215, 46.22, or 46.23 o un organismo de bienestar infantil con licencia para colocar menores bajo el cuidado de un albergue. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Privacy Law, s.15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Acepto colocar al menor o negociar o actuar como intermediario para la colocación del menor en un establecimiento de shelter care aprobado por el Department según s. 938.22(2)(c). Entiendo y reconozco que ésta es una colocación voluntaria bajo el cuidado de un albergue según s. 938.22(2) (c) y s. 48.63(1) (b) y no puede superar los 20 días desde la fecha de colocación.

Los menores colocados previamente en un Voluntary Placement Agreement deben haber salido de un Shelter Care Facility por al menos 30 días antes de volver a celebrar otro Voluntary Placement Agreement en Shelter Care Facility. Además, de acuerdo con la sección 42 USC 672 (e) de la ley de seguridad social, un menor en Voluntary Placement Agreement no puede residir en ningún lugar de cuidado fuera de su hogar en virtud de un Voluntary Placement Agreement por más de 180 días en un período de 6 meses.

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| Nombre del menor colocado: | Fecha de nacimiento  |
| Nombre – Albergue          | Dirección – Albergue |
| Teléfono – Albergue        | Fecha de colocación  |

Entiendo que esta colocación en un albergue es por un máximo de 20 días desde la fecha en la que el menor es colocado bajo el cuidado de un albergue y no se puede prorrogar.

Acepto que la agencia tendrá acceso en todo momento al menor y al establecimiento y que el menor será entregado a la agencia siempre que, en opinión de la agencia que colocó al menor o el Department, sea para el mayor beneficio del menor ser entregado a la agencia.

Entiendo que este acuerdo puede terminar en cualquier momento.

Si el menor tiene 12 años de edad o más, debe prestar su consentimiento a este acuerdo.

Por el presente presto mi consentimiento para el tratamiento o atención de la salud o médica de rutina del menor. Acepto por el presente que el albergue puede prestar consentimiento para otros cuidados médicos o de la salud necesarios según lo recetado, incluido, pero sin limitación, tratamientos médicos, psiquiátricos y quirúrgicos importantes para el menor si no se me puede localizar para que preste mi consentimiento.

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** – Padre/Madre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** – Padre/Madre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** – Niño/a (si tiene 12 años o más)

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** – Department Representative or  
Child Placing Agency Representative

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** – Shelter Care Facility

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

\_\_\_\_\_  
**FIRMA** – Indian Custodian

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma