|  |
| --- |
| 1. **Información general**
 |
| **Regional:**  | **Centro Zonal:**  | **Operador:**  | **Modalidad:**  |
| **Fecha de elaboración:** | **Nombres del niño, niña, adolescente, joven.** | **Tipo de documento de identidad** | **Número de documento de identidad** | **Edad** | **Escolaridad** |
| dd/mm/aa |  |  Cual:  |  |  |  |
| **Nombre de la Autoridad Administrativa:**

|  |
| --- |
|  |

 | **Fecha de apertura al PARD**

|  |
| --- |
| dd/mm/yyyy |

 | **Fecha de ingreso a la modalidad**

|  |
| --- |
| dd/mm/yyyy |

 |

|  |
| --- |
| **EVALUACIÓN DE CRITERIOS PARA LA REINTEGRACIÓN Y REUNIFICACIÓN** |
| **Criterios** | **0** **Nunca****(Riesgo bajo)** | **1** **A veces****(Riesgo medio)** | **2** **Casi siempre****(Riesgo alto)** | **3** **Siempre****(Riesgo alto)** | **No Aplica** |
| El niño, niña, adolescente cuenta con factores protectores frente a situaciones de violencia o vulneración de sus derechos en el medio familiar . |  |  |  |  |  |
| El medio familiar asegura la no repetición de situaciones de violencia contra el niño, niña, adolescente o joven  |  |  |  |  |  |
| La familia o red vincular de apoyo procura vínculos de cuidado con el niño, niña o adolescente |  |  |  |  |  |
| El niño, niña o adolescente cuenta con acceso a servicios de salud al encontrarse en su medio familiar  |  |  |  |  |  |
| El niño, niña o adolescente tiene acceso a educación en su medio familiar  |  |  |  |  |  |
| El niño, niña o adolescente cuenta con acceso a servicios para su desarrollo integral en su medio familiar |  |  |  |  |  |
| La familia o red vincular de apoyo cuenta con capacidades parentales para el cuidado del niño,niña, o adolescente |  |  |  |  |  |
| La familia o red vincular de apoyo cuenta con redes de apoyo para el cuidado y satisfacción de necesidades del niño, niña o adolescente |  |  |  |  |  |
| **Sumatoria por escala** |  |  |  |  |  |
| **Promedio (sumatoria de los cuatro datos anteriores dividido en 8)** |  |  |
| **Interpretación** (promedio entre 0 y 0.5 riesgo bajo; entre 0.5 y 1.5 Riesgo medio y entre 1.5 y entre 3.0 riesgo alto) |  |  |  |  |  |
| **ANÁLISIS INTERDISCIPLINARIO DE PERTINENCIA PARA LA REINTEGRACIÓN / REUNIFICACIÓN**  |
| 1. **Conclusiones y recomendaciones** (incluir la percepción del niño, niña, adolescente, o joven, su familia o red vincular de apoyo respecto de la reintegración / reunificación)

 |

|  |
| --- |
| 1. **Participantes**
 |
| **Rol en el caso** | **Nombres y apellidos** | **Profesión o rol** | **Firma** |
| Coordinador(a) de la modalidad: |  |  |  |
| Socializado con el niño, niña, adolescente o joven: |  |  | Dd/mm/yyyy |  |
| Socializado con padre/madre/familia biológica o red vincular. Indique el rol. |  |  | Dd/mm/yyyy |  |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia. |  |  |  |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia. |  |  |  |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia. |  |  |  |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia. |  |  |  |
| Profesional del equipo técnico de la modalidad / profesional del equipo técnico de la Defensoría o Comisaría de Familia. |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha de enviado por parte del operador a la Autoridad Administrativa** | Dd/mm/yyyy |