

**PLAN DE REINGRESO INDIVIDUAL**

El Departamento de Correcciones del Estado de Washington anticipa trabajar con usted. Aunque este es un momento difícil en su vida, por favor tome este tiempo para reflexionar y comenzar a planificar para su futuro. Habrá oportunidades y caminos específicos que apoyen su transición exitosa de regreso a su comunidad. Esto está destinado a su uso para comenzar a planificar su viaje a través de las 3 fases (Instalación, Transición, Comunidad) de reingreso. Le animamos a que aproveche los programas y recursos para el desarrollo de habilidades, la superación personal y la preparación para una reentrada exitosa. Revise sus riesgos criminogénicos evaluados y sus necesidades programáticas y tenga en cuenta las áreas identificadas a través de su evaluación de Washington ONE como oportunidades de crecimiento.

Su plan de reingreso individual incluirá este plan y anexos para crear una cartera individualizada. Su plan debe incluir sus metas y objetivos SMART, lista de verificación de necesidades esenciales o encuesta de necesidades de transferencia/liberación, cartas de apoyo, logros de educación personal, certificaciones, habilidades de empleo, y más. experiencia laboral, habilidades y capacitación recibida antes y durante el encarcelamiento, recursos específicos de su condado y cualquier otro documento que usted considere que apoyará su reingreso exitoso. Debe revisar y actualizar su plan a lo largo de las 3 fases, con un enfoque en las actualizaciones antes de transferirlas a su comunidad.

Se pueden ofrecer reuniones de equipo de reingreso para discutir cómo apoyarlo para que vuelva a ingresar con éxito. Su plan de reingreso individual, su cartera individualizada, los objetivos SMART y los siguientes pasos se revisarán en la reunión del equipo de reingreso. Dependiendo de su camino de reingreso, estas reuniones pueden ocurrir durante la fase de transición de su encarcelamiento y podrían incluir miembros actuales del sistema de apoyo y socios comunitarios.

Tómese su tiempo para completar su Plan de reingreso individual respondiendo todas las preguntas de la manera más honesta posible. Las respuestas que proporcione en este plan le ayudarán a identificar cualquier necesidad no satisfecha que pueda tener para que los miembros actuales del sistema de apoyo, los socios de la comunidad y los empleados puedan proporcionarle información sobre recursos basados en la comunidad para apoyarlo en su éxito. Este plan también lo ayudará a organizar sus pensamientos, identificar áreas donde aún puede necesitar ayuda, y lo ayudará a rastrear dónde se encuentra con sus Objetivos SMART y Plan de Reingreso Individual para alinearse con su Declaración de Misión.

**Declaración de misión:** Una declaración de misión personal define quién es usted como persona e identifica su propósito en la vida o un área específica de su vida. Explica cómo persiguen ese propósito y por qué es tan importante para ustedes.

**Objetivos SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes, basados en el tiempo):** Las metas son pensamientos que tienes sobre el futuro que deseas hacer realidad. El uso del marco de objetivos SMART establece límites y define los pasos que tendrá que seguir, los recursos necesarios para llegar allí y los hitos que indican el progreso en el camino. Con los objetivos SMART es más probable que logre su objetivo de manera eficiente y efectiva.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | | Núm. De DOC |
| Fecha de liberación/transferencia anticipada a la comunidad | Fecha de finalización del plan de fase del centro el: | |
| Fecha de finalización del plan de fase de transición el: | Fecha de finalización del plan de fase de la comunidad el: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS** | |
| ¿Cuál es su declaración de misión? | |
|  | |
| ¿Qué le gustaría lograr durante cada fase o reingreso?  **Objetivo de la instalación** | |
|  | |
| **Objetivo de transición** | |
|  | |
| **Objetivo de la comunidad** | |
|  | |
| ¿Ha desarrollado un plan de objetivos SMART que describe cómo logrará estos objetivos? | Sí  No |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN** | | |
| ¿Comprueba qué formas de identificación tendrás cuando hagas la transición a la comunidad? | ¿Qué formas de identificación necesitará obtener después de su transición a la comunidad? | |
| Tarjeta de Seguro Social de Identificación Estatal  Certificado de nacimiento  Identificación de veterano  Identificación de Inmigración ID  de Prisión  Militar DD214  ID tribal | Tarjeta de Seguro Social de Identificación Estatal  Certificado de nacimiento  Identificación de veterano  Identificación de Inmigración ID  de Prisión  Militar DD214  ID tribal | |
| ¿Qué problemas ha tenido en el pasado o cree que podría encontrarse al tratar de obtener estos documentos necesarios? | | |
|  | | |
| **Si actualmente se encuentra en un centro correccional, pídale a un empleado que lo ayude a obtener su identificación y tarjeta de seguro social antes de su transferencia a la comunidad (Centro de Reingreso o monitoreo electrónico del hogar). Si se encuentra en la comunidad y tiene problemas para obtener sus documentos de identificación, póngase en contacto con un empleado para obtener más ayuda.** | | |
| ¿Tiene una licencia de conducir válida? | Sí  No | |
| En caso afirmativo, ¿lo tienes en la comunidad? | Sí  No | |
| Si no tiene una licencia de conducir válida, ¿por qué no? (marque todas las opciones que correspondan)  Nunca había una licencia de  entradas no pagadas  Enclavamiento de encendimiento Necesario  Pruebas Necesarias  Revocadas  Expirado | | |
| Explique: | | |
| ¿Tiene el condado de su licencia suspendida o revocada un programa de reincorporación de licencia de conducir? | | Sí  No  N/A  Desconocido |
| ¿Necesita ayuda para encontrar y/o navegar por un programa de retención de licencia de conducir? | | Sí  No  N/A  Desconocido |
| Si tiene boletos sin pagar, ¿sabe a qué agencia de cobro contactar para comenzar a pagar? | | Sí  No  N/A  Desconocido |
| **Si no, un empleado puede ayudarlo con el resumen de un conductor (por ejemplo, estado de conducción, cualquier boleto no pagado, información de contacto para pagar boletos).** | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VIVIENDA**  **RESIDENCIAL** | | | | | | |
| ¿Dónde planeas vivir en la transición a la comunidad o dónde vives actualmente y cuánto tiempo estará disponible este arreglo de vida? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ¿Quién más vive con usted o vivirá con usted en esta residencia?  Incluya el nombre, la relación y la edad de todos los miembros del hogar si se conocen. | | | | | | |
| **NOMBRE** | **RELACIÓN** | **EDAD** | **NOMBRE** | **RELACIÓN** | | **EDAD** |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| ¿A qué desafíos o barreras crees que te enfrentarás mientras vives en esta residencia? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ¿Cuál es su plan de acción para superar estos desafíos o barreras? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ¿Qué recursos necesita para tener éxito con este plan (por ejemplo, apoyo personal, apoyo grupal, tutoría)? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Si usted no ha asegurado la vivienda, ¿cuáles son sus opciones de vivienda? Usted debe estar averiguando al menos 3 posibilidades de vivienda. **(Los empleados pueden proporcionar recursos de vivienda)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ¿Utilizará un vale de alojamiento del Departamento de Correcciones? (Fase de transición) | | | | | Sí  No | |
| ¿Cuáles son sus planes para la vivienda permanente? | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **EDUCACIÓN/VOCACIONAL** | |
| ¿Qué metas de educación y capacitación se fijó y/o logró durante el encarcelamiento o después del encarcelamiento? (Fase comunitaria) | |
|  | |
|  | |
| ¿A qué otra programación/capacitación educativa ha asistido o completado mientras estuvo encarcelado? | |
|  | |
|  | |
| ¿Tiene copias de sus certificados o transcripciones universitarias? | Sí  No |
| **En caso negativo, comuníquese con sus instructores o empleados de educación para obtener estos documentos importantes antes de transferirlos a la comunidad.** | |
| ¿Cómo usarás lo que has aprendido de estos programas para ayudarte a tener éxito en la comunidad? | |
|  | |
|  | |
| ¿Hay alguna otra educación, programación o talleres que quieras completar?  En caso afirmativo, ¿qué debe hacer para completar esto? | Sí  No |
|  | |
|  | |
| ¿Está trabajando actualmente con un navegador de educación? | Sí  No |
| **En caso negativo, los empleados pueden ayudarle a conectarse a la instalación o a la comunidad Navegador Educacional.** | |
| ¿Está interesado en un pre-aprendizaje, vocacional, programas de tecnología u oficios? En caso afirmativo, ¿en qué programas estás interesado? | Sí  No |
|  | |
|  | |
| ¿Tiene alguna deuda pendiente de ayuda financiera que podría impedirle solicitar FAFSA (Solicitud Gratuita de Ayuda Federal para Estudiantes)? | Sí  No  Desconocido |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **EMPLEO** | | | |
| ¿Cuáles son los 3 empleos que ha tenido en la comunidad en los que se sintió más exitoso? Lista de títulos de trabajo y tipo de trabajo. | | | |
| **CARGO** | | **TIPO DE TRABAJO** | |
| 1. |  |  | |
| 2. |  |  | |
| 3. |  |  | |
| ¿Qué tipo específico de trabajo desea obtener? Nombre 3 o más (“cualquier trabajo” no es una respuesta) | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| ¿Tiene un currículum actualizado, referencias y carta de presentación? | | | Sí  No |
| ¿Qué desafíos o barreras anticipa para asegurar el empleo o mantener el empleo? | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| ¿Cómo planeas superar estos desafíos o barreras, y quién puede ayudarte? | | | |
|  | | | |
|  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INGRESOS SUPLEMENTARIOS** | | |
| ¿Está recibiendo actualmente algún ingreso suplementario (por ejemplo, pensión, prorrateo de los beneficios del VA, manutención de los hijos atrasada)? | | Sí  No |
| En caso afirmativo, ¿de qué fuente(s)? |  | |
| ¿Tiene la intención de solicitar lo siguiente? Si no hay ninguno, vaya a la **sección Gestión Financiera**.  Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)  Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)  Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)  Seguro de Incapacidad del Seguro Social (SSDI)  Cupones de alimentos  Asistencia en efectivo  Mujeres, bebés y niños (WIC)  Manutención de niños  Asuntos de Veteranos (VA) Beneficios  Otros - Especificar:  Tribal (SPIPA) | | |
| Pueden pasar varios meses después de su transición a la comunidad para que algunos de estos ingresos suplementarios sean aprobados. ¿Cómo te apoyarás mientras esperas esta aprobación? | | |
|  | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **GESTIÓN FINANCIERA**  **FASE DE TRANSICIÓN Y COMUNIDAD** | |
| ¿Tiene una cuenta bancaria activa? | Sí  No |
| ¿Anticipas enfrentarte a alguna barrera para abrir una cuenta bancaria? | Sí  No |
| En caso afirmativo, explique: | |
|  | |
| ¿Conoces tu puntaje de crédito? | Sí  No |
| ¿Sigues un presupuesto financiero cada mes? | Sí  No |
| ¿Tiene un plan para pagar la manutención de sus hijos? | Sí  No  N/A |
| Si tiene obligaciones financieras legales, ¿sabe cuánto debe? | Sí  No  N/A |
| Si usted debe en obligaciones financieras legales, ¿está preparado para hacer pagos? | Sí  No  N/A |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APOYO SOCIAL**  **INFLUENCIAS SOCIALES** | | |
| **Creando tu Sistema de Apoyo Comunitario**  ¿Qué personas específicas quieres a tu alrededor después de tu transición? | | |
| Mentores |  | |
|  | |
| Grupos de apoyo |  | |
|  | |
| Grupos de pares |  | |
|  | |
| Espiritual/religioso |  | |
|  | |
| Terapia |  | |
|  | |
| Cultural |  | |
|  | |
| ¿Cuáles son las cosas que puede hacer para mantener y mejorar su sistema de apoyo? | | |
|  | | |
| ¿Cómo son sus relaciones con la familia, la familia extendida, los seres queridos o el sistema de apoyo actual? | | |
|  | | |
| ¿Cuáles son algunas maneras en que ha estado apoyando y/o manteniendo la conexión con su familia, familia extendida, hijos o seres queridos? | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| ¿A qué grupos de apoyo social estás interesado en asistir? | | |
| **Para la fase Instalación, conéctese con su administrador de casos para satisfacer las necesidades de programación cuando esté disponible. Para las fases de transición y comunidad, los empleados pueden proporcionar recursos para su condado de liberación según lo solicitado.** | | |
| NA (Narcóticos Anónimos)  NAMI (Alianza Nacional sobre Enfermedades Mentales)  AA (Alcohólicos Anónimos)  Crianza (programas/grupos diversos  GA (Jugadores Anónimos)  Programas religiosos / lugares de culto  Al-ANON (apoyo a personas preocupadas por  la violencia doméstica  Alguien con un problema con la bebida)  Otro | | |
| ¿Tienes un mentor o un patrocinador? | | Sí  No |
| Si no, ¿tiene un plan para obtener un mentor o patrocinador? | | Sí  No |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRIANZA**  Pase a la **sección Superar los desafíos de pensamiento** si no tendrá hijos a su cuidado o no tendrá hijos. | | | | | | |
| ¿Cuántos niños que viven con usted o no es usted el padre o tutor?  Indique el nombre, la relación (por ejemplo, hijastro, hija) y la edad. | | | | | | |
| **NOMBRE** | **RELACIÓN** | **EDAD** | **NOMBRE** | **RELACIÓN** | | **EDAD** |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| ¿Qué rollo activo tomaras en la vida de sus hijos o mantendrás contacto? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ¿Tiene un caso de dependencia (involucramiento de los Servicios de Protección Infantil)? | | | | | Sí  No | |
| En caso afirmativo, ¿cuáles son los próximos pasos que debe seguir para cumplir su objetivo? | | | | | | |
|  | | | | | | |
| ¿Anticipas la necesidad de completar una clase de crianza por alguna razón? (Por ejemplo, participación en Alternativa de crianza comunitaria, requisito de decreto de divorcio, participación en un caso de dependencia) | | | | | Sí  No  Ya está activado/  completado | |

|  |
| --- |
| **AFICIONES/INTERESES** |
| ¿Qué pasatiempos saludables (por ejemplo, leer, escribir, hacer ejercicio) ha disfrutado mientras está encarcelado que seguirá disfrutando mientras hace la transición a la comunidad? |
|  |
| ¿Qué pasatiempos o actividades saludables te gustaría seguir en el futuro? |
|  |
| ¿Cómo ha ayudado la participación en estas actividades positivas a motivarte para lograr los objetivos que te has fijado? |
|  |
| ¿Qué tipo de herramientas, asistencia y apoyo necesitas para establecer una rutina saludable? |
|  |

|  |
| --- |
| **SUPERAR LOS DESAFÍOS DE PENSAMIENTO**  **ACTITUDES, COMPORTAMIENTOS Y AGRESIONES** |
| ¿Cuáles serán las señales de advertencia que usted querría que sus sistemas de apoyo buscaran para que pueda estar en el camino de regreso a los comportamientos negativos? |
|  |
|  |
| ¿Qué quieres que tu sistema de apoyo haga por ti si vuelves a comportamientos negativos? |
|  |
|  |
| ¿Qué harás cuando te enfrentes a pensamientos de volver a comportamientos negativos? |
|  |
|  |
| ¿Qué apoyos necesita para ayudar a navegar con éxito a través de este tipo de desafíos? |
|  |

|  |
| --- |
| **OTROS** |
| ¿Qué otras necesidades tienen que no están ya cubiertas en este plan a lo largo de las 3 fases (Facilidad, Transición, Comunidad) de reingreso? |
|  |
|  |
| ¿Qué otros servicios y recursos necesita para satisfacer sus necesidades? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA** | |
| **Se requiere una divulgación de información antes de compartir este documento con un miembro de la comunidad (soporte o proveedor).** [**http://insidedoc/forms/default.****A spx?type=keyword&filter=Release%20of%20Information**](http://insidedoc/forms/default.aspx?type=keyword&filter=Release%20of%20Information) | |
| Comuníquese con un empleado médico del centro si usted está dentro de los 30 días de la transferencia a la comunidad desde un centro y NO se ha reunido con un empleado médico con respecto a la inscripción en un plan de seguro bajo la Ley de Cuidado de Salud Asequible.  Comuníquese con un empleado si está en un Centro de Reingreso y no tiene un médico de la Ley de Cuidado de Salud Asequible. | |
| ¿Está interesado en el programa de medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (MOUD, por sus siglas en ingles)? | Sí  No |
| En caso afirmativo, un empleado puede remitirle al empleado del programa MOUD en: [dochsreentrycarenavigators@doc1.wa.gov](mailto:dochsreentrycarenavigators@doc1.wa.gov) | |
| ¿Qué necesidades médicas son una prioridad para usted?  Salud física  Salud mental o conducta  Prescripción(s)  Equipo médico dental  Otros: | |
| Explique las necesidades: | |
|  | |
| ¿Cómo mejorará su salud física y mental al seguir adelante con estas necesidades médicas? | |
|  | |
| ¿Tiene actualmente algún problema médico que requiera citas de seguimiento? | Sí  No |

|  |  |
| --- | --- |
| **TRATAMIENTO/CUIDADOS POSTERIORES**  **TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SALUD MENTAL** | |
| ¿Ha participado en el tratamiento (por ejemplo, Dependencia Química, Violencia Doméstica, Programa de Tratamiento de Delincuentes Sexuales) durante este encarcelamiento? | Sí  No |
| ¿Tiene requisitos ambulatorios en la comunidad? | Sí  No |
|  | |
|  | |
| ¿Hay alguna evaluación ordenada por el tribunal o autoreferida (por ejemplo, salud mental, dependencia química, violencia doméstica, delincuente sexual) que necesite o quiera completar una vez que haga la transición a la comunidad? | Sí  No |
| En caso afirmativo, ¿qué evaluación va a completar? **(Los empleados pueden proporcionarle una lista de proveedores de tratamiento en su condado de liberación)** | |
|  | |

**El contenido de este documento puede ser elegible para divulgación pública. Los números de Seguro Social se consideran información confidencial y se redactarán en caso de tal solicitud. Este formulario se rige por la Orden Ejecutiva 16-01, RCW 42,56 y RCW 40,14.**

Distribución: **ORIGINAL** - Participante **COPY** - Archivo de imágenes