**Herramienta 3.2.4: Plantilla Plan Gestión de Casos**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Código de manejo de caso (O nombre):** | | | |
| **¿Se ha explicado la confidencialidad?**  **1** Sí  **2** No  **¿Se ha explicado el Consentimiento informado?**  **1** Sí  **2** No  **¿Se ha dado el consentimiento?**  **1** Sí  **2** No | | | |
| **Información Personal** | | | |
| **Fecha de contacto inicial** |  | **1** Hombre  **2** Mujer  3 otro | |
| **Fecha de Nacimiento** |  | **1** PDI  **2** Retornado  **3** Comunidad Anfitriona  **4** Otro | |
| **Dirección Actual** |  |  | |
| **Fecha de Llegada (si corresponde)** |  |  | |
| **Fecha de Regreso (si corresponde)** |  |  | |
| **Cantidad de miembros de la familia/dependientes en el hogar de la persona** |  | **Menor No Acompañado** | **1** Sí  **2** No  **1** Hombre  **2** Mujer  3 Otro |
| **Niño/Niña Separado (a)** | **1** Sí  **2** No  **1** Hombre  **2** Mujer  3 Otro |
| **Tipo de Caso**  **1** Hogar liderado por persona sola, sin apoyo  ☐ **2** Anciano solo, sin apoyo (60+)  ☐ **3** Persona con discapacidad física  ☐ **4** Persona con discapacidad mental  ☐ **5** Condición médica grave/crónica  ☐ **6** Alto número de dependientes (4+ dependientes, excluyendo al jefe de familia)  ☐ **7** Sobreviviente de violencia doméstica  ☐ **8** Sobreviviente de abuso sexual  ☐ **10** Sobreviviente de agresión sexual  ☐ **11** Matrimonio infantil  ☐ **12** Matrimonio forzado  ☐ **13** Sobreviviente de tortura, trato inhumano y degradante  ☐ **14** Víctima de trata de personas  ☐ **15** Víctima de minas terrestre  ☐ **16** Nuevo desplazamiento  ☐ **17** Falta de desplazamiento  **18** Otro, favor especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| **Necesidades inmediatas**  **(No use nombres personales u otra información identificable aquí)**  **Tipo de necesidad**  Vivienda (alojamiento, nuevo desplazamiento)  ☐ Médica (acceso a atención médica, falta de medicamentos)  ☐ Educación (acceso a la educación, apoyo de material educativo)  ☐ Ingresos/Medios de vida  ☐ Servicios de salud mental  ☐ Servicio de APS  ☐ Otro (por ejemplo, acceso a apoyo legal, RCF, denuncia policial), otro, especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Necesita usted, o los miembros de su familia, ayuda con algún problema urgente o apremiante en este momento? Por favor especifique abajo:** | | | |
| **Asistencia Proporcionada Anteriormente** | | | |
| **Tipo de Asistencia Requerida** | | | |
| **Remisiones ofrecidas inmediatamente** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan de Gestión del Caso** | | | |
| **Tipo de Asistencia/Actividad** | **¿Cuándo? Fecha** | **¿Quién es el responsable?** | **¿Dónde? – especifique lugar** |
| Finalización de remisión/admisión |  |  |  |
| Discusión del servicio de remisión y los próximos pasos con la persona en cuestión |  |  |  |
| Seguimiento requerido (Necesidad 1) |  |  |  |
| Seguimiento requerido (Necesidad 2) |  |  |  |
| Seguimiento requerido (Necesidad 3) |  |  |  |
| Presentación de otros formularios necesarios |  |  |  |
| Discusión con los actores pertinentes (proveedores de servicios/organizaciones socias/gestión de campamentos) |  |  |  |
| Seguimiento (después de dos semanas) |  |  |  |
| Seguimiento (después de un mes) |  |  |  |
| Revisión (Voluntario de Protección, Género e Inclusión) |  |  |  |
| Revisión (Personal de protección, género e inclusión) |  |  |  |
| Revisión (Gerente/Coordinador de Protección, Género e Inclusión) |  |  |  |
| **Nivel de Riesgo del Caso** | | | |
| **Alto: Motivo:**  **Medio: Motivo:**  **Bajo: Motivo:** | | | |