

SOLICITUD DE COLABORACIÓN EQUIPOS DE REFUERZO PARA LA PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA FRENTE A LA VIOLENCIA (LOPIVI)

En el marco de la *Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia*, la Diputación de Sevilla, tal como se recoge en el Plan Provincial 2023-2027, establece una serie de objetivos y acciones entre las que se encuentran:

- Realizar seguimiento directo de los casos detectados por el procedimiento SIMIA.
- Asesorar a equipos municipales en materia de protección a la infancia y adolescencia.
- Impulsar la adquisición de conocimientos de los profesionales de los equipos de PAF sobre parentalidad positiva.
- Promover en las familias las competencias necesarias para el adecuado ejercicio de la parentalidad.
- Valorar situaciones de riesgo y desprotección en familias con menores, e intervenir como apoyo al PAF.
- Creación de grupos de trabajo interprofesionales.
- Organización de talleres dirigidos a los padres, madres y/o adolescentes y de actividades formativas para profesionales en materia de protección infantil.

FECHA DE SOLICITUD:

DATOS DE INTERÉS

Servicio que realiza la demanda. (Marcar lo que proceda)

☐	Equipo de Atención Familiar de	
--------------------------	--------------------------------	--

☐	Otros Servicios relacionados con la atención a la infancia y adolescencia. Centro o servicio de	
--------------------------	--	--

Se solicita la colaboración del equipo LOPIVI del Área Territorial (Marcar lo que corresponda).

☐	SUR
☐	NORTE
☐	ESTE
☐	ALJARAFE

OBJETO DE LA SOLICITUD (Marcar lo que proceda).

☐	Intervención
☐	Coordinación/consulta
☐	Talleres para familias
☐	Otras demandas

MOTIVO DE LA PETICIÓN PROFESIONAL. *(Breve descripción)*

--

CUMPLIMENTAR EN CASO DE SOLICITUD DE INTERVENCIÓN FAMILIAR

EXPEDIENTE:

FECHA DE DERIVACION

FECHA DE ENTRADA EN SSC

EQUIPO DERIVANTE

PROFESIONAL DE

REFERENCIA

TELEFONO DE CONTACTO

Correo electrónico:

DATOS DE CONTACTO DE LA FAMILIA

NOMBRE Y APELLIDOS

PARENTESCO

TELEFONO

Correo electrónico

DOMICILIO FAMILIAR

SEGUNDA UNIDAD DE CONVIVENCIA (si procede)

NOMBRE Y APELLIDOS

PARENTESCO

TELEFONO

Correo electrónico

DOMICILIO FAMILIAR

PERSONAS MENORES DE LA UNIDAD FAMILIAR

NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	ESCOLARIZACION	CENTRO EDUCATIVO

DOMICILIO FAMILIAR

PROBLEMÁTICA DETECTADA

(Seleccionar o describir brevemente las dificultades detectadas)

- | | |
|---|--|
| ☐ Problemas económicos | ☐ Desempleo prolongado |
| ☐ Dificultades de vivienda / riesgo de desahucio | ☐ Conflictos familiares / violencia intrafamiliar |
| ☐ Problemas de salud física o mental | ☐ Absentismo o fracaso escolar |
| ☐ Consumo de sustancias | ☐ Falta de apoyo social o aislamiento |
| ☐ Otras (especificar): | |

INTERVENCIONES PREVIAS

--

RESULTADOS OBTENIDOS

--

Firma del Profesional de Referencia