



APLICACION PARA NINOS EN EL PROGRAMA DE COMUNIDAD

Nombre del Padre o Guardian: _____ Relacion con el Niño/a: _____

Tiene la custodia legal del niño? Si No

Hay una persona que comparte la custodia del niño? Si No

Si comparte la custodia del niño:

El otro Guardian/Padre esta de acuerdo de inscribir al niño en le programa de BBBS? Si No

Nombre _____ Numero de teléfono _____

Nombre del Niño/a:	Segundo Nombre:	Apellido:	
Apodo Preferido :	Genero del Niño/a:	Fecha de Nacimiento:	
Cual es la situacion de vivienda del niño? <input type="checkbox"/> Dos padres en el hogar <input type="checkbox"/> Un padre en el hogar (<input type="checkbox"/> Madre/ <input type="checkbox"/> Padre) <input type="checkbox"/> Otros Parientes del Niño <input type="checkbox"/> Hogar Sustituto <input type="checkbox"/> Hogar Comunitario <input type="checkbox"/> Otro _____			
Numero de Telefono de la casa #:	Numero de Celular:	Numero de celular del niño:	Podemos Comunicarnos por mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Correo electronico del Guardian:	Correo eletronico del niño/a:		
Escuela del niño/a:	Grado:	Numero de identificacion:	

Raza o Etnia del Niño/a:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Raza Multiple (Marque todo lo que corresponda) |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> <i>Indio Americano/ Nativo de Alaska</i> |
| <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino | <input type="checkbox"/> <i>Negro/Afroamericano</i> |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ Las Islas Del Pacifico | <input type="checkbox"/> <i>Asiático</i> |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> <i>Hispano/ Latino</i> |
| | <input type="checkbox"/> <i>Nativo de Hawai/ Las Islas Del Pacifico</i> |
| | <input type="checkbox"/> <i>Blanco</i> |
| | <input type="checkbox"/> <i>Otra</i> |

Nacionalidad/ Pais de Origen:

Lugar de trabajo del Padre:

Numero de Telefono de Trabajo:



Podemos contactarlo en el lugar de trabajo? Si No

La siguiente información se obtiene sólo con fines estadísticos y no se utiliza para determinar la elegibilidad de su hijo para participar en el programa.

1. Porque quiere inscribir a si hijo/hija en el programa de BBBS?
2. Ha hablado con su hijo/hija del programa del BBBS? Su hijo/ hija esta de acuerdo en participar en el programa?
3. Como escucho del programa de Big Brothers Big Sisters of Long Island? Por favor seleccione las opciones que aplican:
 - La escuela_____
 - Un familiar_____
 - Una organización religiosa_____
 - Una organización de servicio_____
 - Un Sitio por internet_____
 - Television_____
 - Un evento_____
 - Otro_____
4. Su hijo tiene hermanos or familiares que están aplicando al programa de BBBSLI o que están participando en el programa en este momento?
 Si No Nombre del la persona_____
5. Anticipa algún cambio significativa en la vida de su hijo/ hija en el año próximo?
 Si No Por favor Explique_____
6. Su hijo puede reunirse con el Big (por lo menos 2 veces al mes durante la tarde o en el fin de semana)?
 Si No
7. Su hijo tiene alguna condición medica que puede afectar su participación en actividades con su Hermano/Hermana Mayor?
 Si No Por favor Explique_____
8. Numero de personas (adultos y niños) que viven en la casa_____
9. ¿Está el padre / tutor recibiendo asistencia ingresos? Si No
10. ¿Está el padre / tutor recibiendo asistencia con la vivienda (es decir, la sección 8, la residencia en el sector público y la vivienda, etc.)? Si No
11. ¿Su hijo recibe almuerzo gratis o a precio reducido?? Si- Gratis Si - Reducido No
12. Por favor seleccionar el ingreso estimado del hogar:
 0-\$10,000 \$10,001-\$15,000 \$15,001-\$20,000 \$20,001-\$30,000 \$30,001-\$50,000 \$50,001+



13. ¿Su hijo tiene un padre/tutor con experiencia military, actual o pasada ? Si No

Fechas del servicio:

Sucursal: Fuerza Aeria Ejercito Marine Corps Navy Guardacostas

Componente: Activo Guardia Nacional Reserva

¿Esta la persona actualmente desplegada?

En caso afirmativo, la fecha de implementación es:

¿Esta la persona retirada de las fuerzas armadas ? Si No

¿Esta la persona dada de alta/ separada de las fuerzas armadas? Si No

¿Su hijo/a tiene un padre / tutor que sea considero caídos, heridos o discapacitados? Si No

14. Big Brothers Big Sisters recibe fondos para proveer mentores a los niños que tienen padres (s) o figura paternas (tía, tío, hermano, etc.) en la cárcel. ¿Su hijo tiene un padre o una figura paterna en la cárcel en este momento?

Si No En caso afirmativo, por favor explique:

15. ¿Ha sido su hijo arrestado o involucrados en el sistema de justicia de menores?

Si. Por Favor Explique:

No

16. En el último año, ha estado su hijo en problemas en la escuela?

Malas Notas

Falta de escuela/ Clases

Ausente

Problemas de Conducta (Describir: _____)

Ha sido suspendido (Motivo de suspensión): _____)

Has been expelled (Motivo de expulsion): _____)

Enviado a una escuela alternativa (Motivo de cambio de la escuela): _____)

17. ¿Ha habido alguna participación de CPS en el hogar en los últimos 18 meses? Sí No

18. ¿Su hijo ha sido físicamente agresivo con niños u otros adultos? No Sí,
explique: _____

19. ¿Su hijo ha actuado de manera sexual alrededor de niños u otros adultos? Sí No

20. ¿Su hijo está involucrado actualmente en alguna actividad de pandillas? Sí No



**Big Brothers
Big Sisters®**
OF LONG ISLAND

21. ¿Su hijo ha tenido alguna vez pensamientos suicidas o ha mostrado o ha intentado lastimarse físicamente? Sí No

22. En los últimos 18 meses, ¿ha demostrado su hijo otros comportamientos de riesgo no mencionados anteriormente? (Por ejemplo, puñalar, robar, mentir compulsivo, etc.) Sí No

Tener un Big puede ser una experiencia gratificante para un niño, si se cumplen ciertas condiciones. Durante el partido, le pedimos a usted y/o a su hijo:

- Reunirse con Gran Hermano o Hermana constantemente (al menos dos veces al mes).
- Comprométete a estar en el programa durante al menos 12 meses.
- Los estudios muestran que el programa puede tener un impacto negativo en un niño si una coincidencia termina prematuramente. Esté preparado para ser puntual y presente cuando un Big recoja o deje a su hijo.
- Mantener un contacto constante con el personal de Big Brothers Big Sisters, mínimamente una vez al mes.

Por favor marque todas las casillas si cree que será capaz de cumplir con estas expectativas.



**Big Brothers
Big Sisters**
OF LONG ISLAND

Al firmar abajo, doy permiso:

1. Para que mi hijo participe en el programa de Big Brothers Big Sisters de Long Island.
2. Para que la escuela proporcionar información social y académica de mi hijo/a a Big Brothers Big Sisters de Long Island (por ejemplo, el reporte de calificaciones, informes de conducta);
3. Que mi hijo/a participe en una entrevista realizada por el personal de Big Brothers Big Sisters de Long Island y llene cuestionarios a través de su tiempo en el programa que contiene preguntas sobre la escuela, vida en el hogar, y intereses personales;
4. Que mi niño/a hable con el personal de Big Brothers Big Sisters de Long Island sobre la seguridad personal;

Entiendo que el programa no está obligado a asignar mi hijo/a con un voluntario/a y que, como parte del proceso de inscripción se me puede pedir que proporcione información adicional. Entiendo que la información que proporciono en el proceso de inscripción se mantendrá confidencial, a menos que la revelación sea requerida por la ley y con las excepciones señaladas. Entiendo que el personal de BBBSLI son denunciantes obligatorios de el estado de Nueva York. Yo entiendo que cierta información relevante acerca de mi hijo/a será discutido con el voluntario/a (es decir la información demográfica, información relevante sobre las preferencias del voluntario/a y la información compartida en la entrevista de mi hijo/a).

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta y que todos los ingresos son declarados. Entiendo que esta información es para el recibo de fondos federales, que la información en esta solicitud puede ser verificada, y que la falsificación de datos, me expone a ser enjuiciado por las leyes estatales y federales aplicables. Entiendo que esta información no afectará mi calificación para el programa.

Yo libero a la organización y sus empleados, agentes, miembros, voluntarios y todas las demás personas en su nombre de cualquier y toda responsabilidad por cualquier daño o perjuicio que tal niño/a puede sostener durante su participación en dicha y las actividades del programa, incluyendo pero no limitado a de cualquier responsabilidad derivada de cualquier derecho de acción que se realice a tal niño/a directamente, o a mí como su / su tutor. Entiendo que esta información puede ser compartida con la escuela o con las agencias de cooperación cuando sea aplicable.

Si mi hijo/a es asignado un Big Brother o Big Sister acepto apoyar a mi hijo/a mediante la revisión de la información de los programas y seguridad que me dio Big Brothers Big Sisters de Long Island, mantenerme en comunicación con Big Brothers Big Sisters de personal de Long Island, al menos, una vez por semestre y una vez durante las vacaciones de verano, e inmediatamente reportar cualquier preocupación que podría tener a la escuela o el personal de Big Brothers Big Sisters.

Nombre del Niño/a

Fecha

Firma (del Padre o Guardian)



Autorización para obtener información

Completar con letra de imprenta

Nombre del Niño/Niña _____ Fecha de nacimiento __/__/__

Nombre del padre/Adulto responsable _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Información de Contacto de la escuela

Nombre de la escuela _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Zip _____

Profesores _____

Trabajador Social/Consejero _____ Teléfono _____

Información del Consejero/Terapeuta

Nombre _____

Agencia _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Zip _____ Teléfono _____

Autorizo a Big Brothers Big Sisters of Long Island a obtener información que considere pertinente o necesaria sobre mi hijo/hija (ver nombre al principio de la pagina) de cualquiera de las fuentes establecidas en este documento. Entiendo que dicha información es recopilada como parte del proceso de elección de los candidatos al programa.

Firma del padre/Adulto responsable:

Fecha:

(Esta autorización expira solo después de dejar el programa)



**Big Brothers
Big Sisters**
OF LONG ISLAND

Resumen de la política de Confidencialidad

Con el fin de ofrecer un servicio responsable y profesional, es necesario que los voluntarios, los clientes y los padres o tutores de los clientes sean pidiados a divulgar extensa información personal sobre ellos mismos y sus familias. Reconocemos los derechos de esas personas a la privacidad y respetamos la confidencialidad de los registros de los clientes y voluntarios y, aparte de los usos normales de dichos registros y las excepciones que se explican a continuación, permitimos el acceso a dicha información sólo para personal de la agencia en el desempeño de sus funciones .

El siguiente es resumen de la política que hemos adoptado con respecto a la confidencialidad. Una copia completa de la póliza está disponible para su inspección durante nuestras horas de oficina normales.

- Vamos a tratar como confidencial (y de salvaguardia) cualquier material que identifica a un cliente, voluntario, los padres o tutores por nombre o por cualquier otro medio que hace posible la identificación. Sólo utilizaremos la información confidencial en lo que respecta a nuestro programa y solo se dará a conocer a personas ajenas a la agencia si usted nos autoriza a hacerlo o si estamos obligados por contrato o por la ley. También podemos divulgar información si creemos que es necesario para proteger el bienestar de cualquier niño/a.
- La información que usted nos dio, o que nosotros podemos reunir, junto con nuestras evaluaciones y observaciones, es propiedad de Big Brothers Big Sisters de Long Island. Usted no tiene derecho a ver nuestros archivos ni recibir copias de la información contenida en ellos.
- Podemos utilizar su imagen o nombre solamente si usted nos da permiso para hacerlo por la autorización en el formulario de Consentimiento de Materiales Promocionales. Pedimos a permiso de todos los clientes y voluntarios.
- Si hacemos cualquier cambio importante en nuestra política de confidencialidad, le haremos presente de ello y le pediremos que firme una declaración de consentimiento para el cambio, ya que puede aplicarse a usted, como condición para continuar en el programa.

He recibido y leído un resumen de la política de confidencialidad de Big Brothers Big Sisters de Long Island y estoy de acuerdo con la participación en el programa con las condiciones establecidas en la póliza.

Nombre del Niño/a

Fecha

Firma (del Padre o Guardian)



**Big Brothers
Big Sisters**
OF LONG ISLAND

Consentimiento de Materiales Promocionales **CONSENTIMIENTO DE PADRES/GUARDIANES**

Doy mi consentimiento para el uso del primer nombre de mi hijo, su imagen (incluyendo fotografías, bocetos, película de cine y vídeo) grabación de sonido, información biográfica, citas y/o escritura de Big Brothers Big Sisters de Long Island, Inc. para promover la Agencia y sus propósitos. Esto incluirá todos los medios en todas las formas, incluyendo pero no limitado a, publicaciones, cualquier fotografía televisada y grabaciones, en la web y sitios de medios sociales.

Yo concedo licencia no exclusiva para Big Brothers Big Sisters de Long Island, Inc. y sus afiliados para lo anterior, y libero a la Agencia, y sus consejeros, empleados y agentes de cualquier obligación o responsabilidad contraída lo contrario a mí en relación con dicho uso.

Puedo cancelar o cambiar este consentimiento mediante notificación escrita a Big Brothers Big Sisters de Long Island, Inc. Yo doy mi consentimiento, sin embargo, que el uso continuado, a discreción de la Agencia o de sus filiales, de cualquier material promocional en la preparación o el uso en el momento de terminación. Por favor, marque uno:

SI, estoy de acuerdo de que información de mi hijo/a sea utilizada para fines promocionales como se indico anteriormente.

NO, no deseo que información de mi hijo/a sea utilizada con fines promocionales como se indico anteriormente.

Nombre del Niño /a

Fecha

Firma (del Padre o Guardian)

A los padres/guardianes se les pide permiso para que la Agencia use el nombre y las imágenes de sus hijos/as con fines promocionales mediante la firma de este formulario. No es un requisito para la entrada o la continuación en el programa. Si usted/su hijo no llega a ser parte del programa de Big Brothers Big Sisters de Long Island, este consentimiento para el uso de materiales de promoción será nula.