

Aplicación Para Obtener a Un Mentor



**ES
GRATIS!**

**ES
GRATIS!**



 **YOUTH
SERVICES
MENTOR PROGRAM**

Por favor regrese a:

Youth Services Mentor Program
219 West 3rd St Ellensburg, WA 98926

Preguntas: (509) 962-9775
o crystal.church@kccn.org

Solicitud Para Un Mentor

(Ser llenado por menor y padre)

Padre/Guardián: _____ Fecha de Solicitud: _____

Nombre del Menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M o H

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Numero de Teléfono #: _____ NSS: _____

Correo Electrónico: _____ Escuela: _____ Grado: _____

POR FAVOR INDIQUE SU PREFERENCIA PARA EL MENTOR DE SU HIJO/A

- Prefiero al voluntario que sea:** Mujer Hombre No preferencias
 Orientado a la naturaleza Atlético/Deportivo Artesano/Artista
 Relajado Orientado a la educación Amar a animales
 Físicamente activo Mentalmente activo

Mi hijo/a tiene dificultades con:

| | | | |
|-----------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| Problemas académicos | Comportamiento | Delincuencia | Formación Profesional |
| Autoestima | Hábitos de Estudio | Habilidades Sociales | Relaciones entre compañeros |
| Problemas Familiares | Necesidades Especiales | Actitud | Siguiendo Reglas |
| Discapacidad de Aprendizaje | Respetando a la Autoridad | Suicidio | Pandillas o Amigos |
| Sistema de Justicia Juvenil | Abuso de Substancias | Controlar Temperamentos | Otros, Especifique: |

Porque cree que su hijo/a podrá beneficiarse de un mentor?

Que intereses particularmente, a si sea en la escuela o fuera, tiene su hijo/a?

Que expectativas tiene usted de **YSMP** en provenir a un mentor para su hijo/a?

Del 1-10 (10 siendo máximo) califique al estudiante en su nivel de:

- _____ Rendimiento académico
_____ Habilidades sociales
_____ Autoestima
_____ Apoyo Familiar
_____ Habilidades de comunicación
_____ Actitud sobre la escuela/educación
_____ Relaciones entre compañeros

Con cuales materias académicas, si alguna, necesita asistencia el estudiante?

Hay alguna otra información que nos ayudaría a comprender mejor a su hijo/a?

Por favor regrese a:

Youth Services Mentor Program
219 West 3rd St Ellensburg, WA 98926

Preguntas: (509) 962-9775
o crystal.church@kccn.org

Encuesta de Intereses

(Ser completado por menor)

Por favor completa todo lo siguiente. Esta encuesta ayudara a el programa de mentores conocerte mejor y tus intereses y ayudar a encontrar un buen mentor para ti.

Cuales son los horarios mas convenientes para reunirte con tu mentor? Por favor marca todos los que apliquen.

Entre Semana: ___ Almuerzo: ___ Después de la Escuela: ___ Tardes: ___ Fin de Semana: ___
Otro: ___

Hablas algún otro idioma aparte de Ingles? Cuales son?

Cuales son algunas de tus actividades favoritas para hacer con otras personas?

Cuales son tus materias favoritas en la escuela?

Si pudieras aprender sobre un trabajo/profesión, que seria?

Cuales son tus temas favoritos de lectura?

Cual es una meta que tienes para el futuro?

Si pudieras aprender algo nuevo, que seria?

Que persona admiras mas y por que?

Describe tu Sábado ideal:

Por favor marca todas las actividades que te interesen:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Andar en Bicicleta | <input type="checkbox"/> | Campar | <input type="checkbox"/> | Ciencia | <input type="checkbox"/> | Cocinar | <input type="checkbox"/> | Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> | Excursión-ismo | <input type="checkbox"/> | Paseo en Barca | <input type="checkbox"/> | Música | <input type="checkbox"/> | Deportes | <input type="checkbox"/> | Yoga |
| <input type="checkbox"/> | Golf | <input type="checkbox"/> | Nadar | <input type="checkbox"/> | El jardín | <input type="checkbox"/> | Parques | <input type="checkbox"/> | Películas |
| <input type="checkbox"/> | Pescar | <input type="checkbox"/> | Animales/ Mascotas | <input type="checkbox"/> | Pintar/ Fotos | <input type="checkbox"/> | Juegos de Mesa | <input type="checkbox"/> | Ir de Compras |

Menciona otras áreas de interés:

Por favor regrese a:

Youth Services Mentor Program
219 West 3rd St Ellensburg, WA 98926

Preguntas: (509) 962-9775
o crystal.church@kccn.org

Por favor regrese a:

Youth Services Mentor Program
219 West 3rd St Ellensburg, WA 98926

Preguntas: (509) 962-9775
o crystal.church@kccn.org

Contacto y Autorización de Información

(Ser llenado por padre/guardián)

Yo, _____ (padre/guardián), doy autorización a **Youth Services Mentor Program** para intercambiar información con las personas o agencias siguientes respecto a mi hijo/a, _____, para permitir que **Youth Services Mentor Program** proporcione servicio apropiado y efectivo:

Escuela: Ellensburg/Kittitas/Thorp School Dist.

Departamento de Servicios Sociales y Salud del Estado de Washington

Centro de Justicia Juvenil/Departamento de Policía

Consejero: _____ Otro: _____

En adición, autorizo lo siguiente:

_____ (inicial) Yo doy mi consentimiento al uso de fotografías, videos, DVD, películas, y grabaciones de mi y/o mi hijo/a para uso de **YSMP** para el propósito de promoción, marketing, y reclutamiento.

_____ (inicial) En dar consentimiento, libero a **YSMP**, sus oficiales, directores, agentes, empleados y asignados de la responsabilidad por cualquier violación de derechos de propiedad personal que yo pueda tener en conexión con tal materiales y renunciar el derecho de aprobar material acompañante escrito o narrado.

_____ (inicial) Afirmo que tengo 18 años o más y tengo derecho a entrar a este acuerdo firmando abajo.

Confirmado y aceptado por: _____

Firma de padre/guardián

Fecha

Nombre Imprimido

Fecha

Testigos

Fecha

Por favor regrese a:

Youth Services Mentor Program
219 West 3rd St Ellensburg, WA 98926

Preguntas: (509) 962-9775
o crystal.church@kccn.org

Por favor ponga su inicial a todo lo siguiente:

_____ Yo doy mi consentimiento informado y doy permiso para que mi hijo/a participe en el Youth Services Mentoring Program y actividades relacionadas.

_____ Yo estoy de acuerdo que mi hijo/a siga las reglas del programa de mentores y comprendo que cualquier violación en parte de mi hijo/a pueda resultar en suspensión y/o terminación de la relación de mentor.

_____ Reconozco que mi hijo/a será transportado por su mentor y/o personal del programa de mentores igual a representantes durante la participación en el programa de mentores, y que tal transportación es voluntaria y a su propio riesgo.

_____ Yo libero a Youth Services Mentoring Program de toda responsabilidad de lesión, fallecimiento, o otros danos a mi, mi hijo/a, familia, vivienda, herederos, o asignados que puedan resultar de su participación en el programa, incluyendo pero no limitado a transportación, y eximir de responsabilidad a cualquier mentor, personal, o otros representantes, ambos colectivos, individual, de cualquier lesión, física o emocional, excepto donde negligencia brutal han sido determinado.

_____ Yo permito a Youth Services Mentor program que usen cualquier imagen fotográfica de mi hijo/a tomada durante la participación en el programa de mentores. Estas imágenes pueden ser usadas en promociones y otros materiales relacionados con marketing.

Yo comprendo que tengo que regresar todo los artículos siguientes completados en compañía con esta aplicación, y que cualquier información incompleta resultara en un retraso en mi aplicación para ser procesada:

- Contacto y Autorización de Información
- Encuesta de Interés

Al firmar abajo, doy fe que toda la información en la aplicación es verdadera y estoy de acuerdo a todos los términos y condiciones mencionados arriba.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Por favor regrese o mande por correo esta aplicación y los artículos mencionados arriba a: Mentoring Program Coordinator, Youth Services Mentor Program, PO Box 523, Ellensburg, WA 98926.

Por favor regrese a:

Youth Services Mentor Program
219 West 3rd St Ellensburg, WA 98926

Preguntas: (509) 962-9775
o crystal.church@kccn.org

Historia Medica

(Ser llenado por padre/guardián)

Nombre de medico primario: _____ Numero de Teléfono.: _____

Proveedor de Seguro Medico: _____

Numero de Póliza: _____ Numero de Teléfono: _____

Su hijo/a tiene algún problema o limitación física?

Su hijo/a actualmente recibe tratamiento para algún problema medico?

Actualmente esta su hijo/a tomando algún tipo de medicación? Por favor especifique.

Su hijo/a tiene alguna alergia conocida o reacción adversa a medicación? Por favor descríballo abajo:

Su hijo/a tiene algún problema o asunto emocional actualmente?

Su hijo/a actualmente esta viendo a un consejero o terapeuta?

Nombre de Terapeuta: _____

Por favor lea el párrafo siguiente antes de firmar

Youth Services Mentoring Program aprecia su interés y el de su hijo/a en obtener un mentor. Esta aplicación esta hecha con la intención de informar y obtener el consentimiento de padre/guardián para permitir a su hijo/a que participe en el programa de mentores para jóvenes.

Después de recibir esta aplicación completada, vamos a evaluar la información y mandarle una carta dejándole saber si su hijo/a a sido aceptada al programa de mentores. Mucha de la información que usted suministre en esta aplicación será usada para obtener un mentor adecuado para su hijo/a. El personal de mentores podrá en tiempos necesitar acceso a esta información y compartirla con mentores y otros empleados cuando sea en la mejor interés de obtener el mejor mentor. Sin embargo, no revelamos nombres hasta que haiga interés de su hijo/a, padre/guardián, y mentor basado primeramente en información anonimato proveída de cada quien primero.

Por favor regrese a:

Youth Services Mentor Program
219 West 3rd St Ellensburg, WA 98926

Preguntas: (509) 962-9775
o crystal.church@kccn.org