



# 2016 Solicitud de Jóvenes

¡Gracias por su interés en Big Brothers Big Sisters (Hermanos Mayores Hermanas Mayores)! Por favor, lea esta información sobre nuestro programa y el proceso de inscribir. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina.

**Nuestro Objetivo:** Proveer relaciones fuertes y duraderas, apoyadas profesionalmente, para los niños que se enfrentan con la adversidad; con la meta de que se mejoren las vidas para siempre.

## **Pasos de Inscribirse:**

- ✓ **Completar esta Solicitud de Jóvenes.** Este formulario puede ser entregado por correo electrónico, fax, correo o dejado en nuestra oficina (*1102 Carlton Ave*).
- ✓ **Asistir a una Orientación de Padres.** Este es un evento único, obligatorio, donde aprenderá sobre nuestras medidas de la seguridad de los niños, como funciona nuestro programa, y lo que BBBS le exige de usted y su hijo(a).
- ✓ **El padre y el niño/la niña completan una entrevista individual con un empleado de BBBS.** Le llamaremos para hacer una cita que le convenie.
- ✓ **¡Es la hora de Emparejar!** Cuando ha completado los pasos arriba y hemos elegido un Big que llena las necesidades y los intereses de su niño(a), le llamaremos para hacer una cita para reuniarnos todos!

## **Preguntas Para Considerar ANTES de Inscribirse:**

1. **¿Tiene mi niño(a) bastante tiempo para estar en este programa?** Si su niño(a) participa en muchos programas después de la escuela o tiene un horario muy llena, es posible que no sea el mejor momento para inscribirse. Requerimos que su niño(a) se reúne con su pareja una hora cada semana.
2. **¿Funciona este programa para mí?** Requerimos unos contactos con un padre. Siempre intentamos trabajar con su horario, pero usted tiene que estar disponible hablar con un empleado de BBBS **cada mes** por teléfono. No hay excepciones a esta regla. Si no devuelve las llamadas de BBBS o no produzca los datos actuales, su niño(a) será quitado(a) del programa.

## **Las razones por lo cual su hijo(a) posiblemente no estará aceptado(a) en el programa:**

- El interés para un Big Brother o Big Sister no está expresado por el niño/la niña
- Falta de acceder a las políticas de participación del Padre con la Especialista de Apoyo
- El niño/la niña está participando en otro programa de mentor
- El niño/la niña no se está matriculado(a) en la escuela
- La falta de entregar los papeles necesarios

El empleado de Inscripción determina que el niño/la niña no sea apropiado(a) por el programa por otras razones.



# 2016 Solicitud de Jóvenes

El siguiente formulario tiene preguntas que nos ayudarán elegir una pareja apropiada para su niño(a). Por favor, conteste las preguntas honestamente. Tenga en cuenta que sus respuestas no descalificarán necesariamente a su niño(a), sino que nos ayudarán elegir a una pareja apropiada para su niño(a).

La Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Niño(a):		Nombre del Padre:			
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Correo electrónico:		Teléfono de casa:	Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Raza:	Escuela:		Grado:
¿Ha tenido su niño otro Big Brother/Sister previamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En este momento, tiene usted otro niño en el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está recibiendo Asistencia Pública (Seguro Social, Medicaid)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está recibiendo almuerzo gratis para el niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

- ¿Cuál es la razón principal que usted quiere un Big Brother/Big Sister para su hijo(a)?
- ¿Cuáles son las actividades que le gustan su niño(a)?
- ¿En qué actividades extra-escolares participa su niño(a)? ¿Cuándo ocurren estas actividades?
- ¿Con quién vive el niño/la niña?
  - Dos guardianes. Los nombres completos de los dos guardianes: \_\_\_\_\_
  - Un guardián:  Madre  Padre
  - Otro pariente del niño(a) (i.e. Tía): \_\_\_\_\_
- ¿Hay otra persona que tiene custodia de este niño(a) también?  No  Sí: \_\_\_\_\_  
 ¿Si la respuesta es sí, está consciente de su participación en Big Brothers Big Sisters?  No  Sí
- ¿Anticipa usted algún cambio significativo de vida en el próximo año?  No  Sí (Por favor, descríbalo)
- ¿Está trabajando su niño(a) con otra organización que guía a los jóvenes?  No  Sí (Por favor, descríbalo)
- Virginia requiere que todos los niños que tienen menos de 8 años usen un elevador de asiento. ¿Tiene usted un elevador de asiento que el Hermano Mayor/La Hermana Mayor puede usar?
  - No  Sí  NA (El Niño/La Niña tiene más que 8 años)



9. Clasifique su niño(a) en las categorías siguientes usando ésta escala: 0 (nunca), 1 (a veces) o 2 (frecuentemente).

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sobresale en la lectura/la escritura                              | <input type="checkbox"/> Tiene notas que están bajando                |
| <input type="checkbox"/> Sobresale en las matemáticas/la ciencia                           | <input type="checkbox"/> Se degrada a si mismo(a)                     |
| <input type="checkbox"/> Pelea con otras personas  | <input type="checkbox"/> No obedece las reglas                        |
| <input type="checkbox"/> Es susceptible  | <input type="checkbox"/> Es creativo(a), imaginativo(a), artístico(a) |
| <input type="checkbox"/> Falta clases/está retrasado a la escuela                          | <input type="checkbox"/> No comprende las emociones de otras personas |
| <input type="checkbox"/> Se burla/intimida a otras personas                                | <input type="checkbox"/> Es analítico(a)                              |
| <input type="checkbox"/> Ha tenido la detención, la suspensión, la expulsión de la escuela |   |

10. ¿Está consiente usted de algún problema emocional o de comportamiento que tiene su niño(a)? No  Sí  (Por favor, descríbalos. Si la respuesta es No, sáltese el numero 11 )

11. ¿Está recibiendo su niño(a) algún servicio para combatir estos problemas? No  Sí  (Por favor, descríbalos)

12. ¿Tiene su niño(a) alguna condición médica, física o mental (síndrome del déficit de atención, Bipolar, epilepsia)?  
No  Sí  (Por favor, descríbalos)

13. ¿Toma medicamentos su niño(a)? No  Sí  (Por favor, descríbalos)

14. ¿Cómo aprendió usted acerca de este programa?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anuncio/Volante             | <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo           | <input type="checkbox"/> Evento en la comunidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico/Circular | <input type="checkbox"/> Referencia de la Escuela | <input type="checkbox"/> Sitio Web/Buscador _____     |
| <input type="checkbox"/> Medios Sociales             | <input type="checkbox"/> Televisión/Noticias      | <input type="checkbox"/> Otra manera _____            |

Proporcione un recomendante para su niño(a), excluyendo familiares y amigos. Puede ser un(a) maestro(a), un entrenador, trabajador(a) social, pastor(a), etc.

Nombre del recomendante:	Relación al niño/la niña:
Número de teléfono:	Correo electrónico:

**FORMA MÉDICA**

Nombre del niño/la niña:	Nombre del Padre/La Madre:	
Contacto de emergencias (excluyendo el padre —Incluya el nombre, relación al niño(a), e información de contacto:		
Medico Primario:	Teléfono del Medico:	
Seguro Médico:	Teléfono del Seguro:	Número de Póliza:



Por favor, enumere las actividades que usted no quiere participación de su niño(a) (si existen):

Por favor, enumere las alergias u otras preocupaciones:

Autorizo el tratamiento por un doctor calificado de mi niño/niña nombrado(a) arriba en el evento de una emergencia médica que puede arriesgar su vida, causar desfiguración, discapacidad física, o incomodidad excesiva. Esta autorización está concedida solamente después de un esfuerzo razonable de contactarme. Además, entiendo que estoy responsable para cualquier coste médica que está incurrido, y no echo la culpa a Big Brothers Big Sisters of the Central Blue Ridge, Inc. y sus Agentes, los empleados y los miembros de la Junta Directiva, y reembolsaré completamente los proveedores de servicios de salud.

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**RENUNCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN**

Doy mi consentimiento para Big Brothers Big Sisters of the Central Blue Ridge, Inc. a usar fotos, imágenes y la voz de mi niño/niña en los medios de comunicación para promocionar la agencia. Estos medios de comunicación puede incluir el periódico, las volantes, anuncios o las entrevistas de la radio, los anuncios de la televisión, los informes de la agencia, los boletines informativos y la publicidad gráfica.

Renuncio a Big Brothers Big Sisters of the Central Blue Ridge, Inc. y sus Agentes (empleados y los miembros de la Junta Directiva) de cualquier responsabilidad legal en conexión con derechos personales o patentados.

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**RENUNCIA DE LA INFORMACION AL PADRE AUSENTE/PADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA**

Sí, yo autorizo a Big Brothers Big Sisters of the Central Blue Ridge compartir cualquier información sobre \_\_\_\_\_ solicitado por el padre ausente/padre que no tiene la custodia.

No, no compartir cualquier información sobre la participación de \_\_\_\_\_ en Big Brothers Big Sisters of the Central Blue Ridge al padre ausente/padre que no tiene la custodia.

Datos de Contacto del Padre Ausente/Padre que no tiene la custodia: *(solamente si la información ha sido autorizada de ser compartida.)*

Nombre del Padre:		Número de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal

Comentarios:

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD (RESUMEN)**

**I. PROPÓSITO**

A fin de proveer un servicio responsable y profesional a los clientes, Big Brothers Big Sisters of the Central Blue Ridge debe solicitar la divulgación de información personal extensa sobre si mismo y sus familias a voluntarios, clientes y padres o representantes. El propósito de la presente política de confidencialidad es el de proteger estos expedientes tal como lo establece la ley. La Agencia respeta la



confidencialidad de los archivos del cliente y del voluntario y comparte información sólo con personal profesional de la agencia, a excepción de las situaciones enumeradas en la sección V, denominada Límites y Excepciones a la Política de Confidencialidad.

## II. DEFINICIONES PROFESIONALES DE LA AGENCIA

1. **Voluntario**- cualquier adulto que cumpla con los requerimientos necesarios y que haya entregado un formulario de inscripción para convertirse en un Big Brother o Big Sister.
2. **Cliente**- cualquier niño que cumpla con el criterio de elegibilidad y cuyo padre o representante haya entregado, en nombre del niño, un formulario de inscripción, solicitando que se le asigne un voluntario de Big Brothers Big Sisters.
3. **Agencia**- se refiere a Big Brothers Big Sisters of the Central Blue Ridge y pudiese incluir a Big Brothers Big Sisters of America (BBBSA)
4. **Expedientes confidenciales**- toda la información y documentos contenidos en los archivos de un cliente y/o voluntario.

## III. ACCESO A EXPEDIENTES CONFIDENCIALES

1. **Expedientes propiedad de la Agencia**  
Todos los expedientes son considerados propiedad de la Agencia y no de los empleados, clientes o voluntarios de la Agencia. Ningún expediente será revelado o revisado por individuos o agencias externas sin la previa aprobación de un director de la agencia y/o una orden de judicial de registro u orden de cateo, a menos que estén sujetos a las Partes IV y V de la Política de confidencialidad de la agencia.
2. **Acceso del personal profesional de la agencia**  
Con la finalidad de atender mejor a los niños, los expedientes se encuentran a la disposición del personal profesional de la agencia para su revisión.
3. **Petición de la agencia de información confidencial**  
La agencia pudiese requerir información de fuentes externas. Para ello, la agencia primero deberá obtener un formulario de "Autorización para proveer información" por parte del voluntario, cliente o padre o representante del cliente.
4. **Declaración de reconocimiento de la política de confidencialidad: aplicabilidad a clientes y voluntarios**  
Todo cliente y voluntario deberá firmar una declaración en señal de haber leído y entendido la política de confidencialidad de la agencia y de estar de acuerdo a participar en el programa bajos los lineamientos dispuestos para tal fin.

## IV. CUSTODIA DE EXPEDIENTES CONFIDENCIALES

El Director Ejecutivo es considerado el máximo custodio de los expedientes confidenciales, según lo establecido en la política de retención de expedientes.

## V. LÍMITES Y EXCEPCIONES A LA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD

La información contenida en los expedientes del cliente o voluntario puede ser compartida con los individuos u organizaciones abajo enumeradas y bajos los siguientes términos:

1. **Información revelada conforme a un formulario de consentimiento**  
Se suministrará información a otros individuos u organizaciones si estos presentan a la agencia un formulario autorizado de "consentimiento para proveer información"
2. **Publicaciones de la agencia**  
Se podrá emplear información que identifique a clientes o voluntarios en publicaciones de la agencia o en materiales promocionales sólo cuando el cliente o voluntario haya firmado el formulario de "Autorización para proveer información". La información divulgada se limitará a la información señalada en el formulario de consentimiento del cliente o voluntario.
3. **Evaluación, auditoría y acreditación**  
Todas las organizaciones que realicen una evaluación, auditoría o acreditación de la Agencia deberán revisar y acatar la Política de confidencialidad de la agencia antes de ver cualquier expediente de clientes o voluntarios.
4. **Junta Directiva**  
Los miembros de la Junta Directiva podrán tener acceso a los archivos de clientes sólo con la aprobación, por moción formal, de la Junta Directiva.
5. **Cumplimiento de la ley y Tribunales**  
Se podrá proporcionar documentación escrita a funcionarios de la ley o a los tribunales sólo con la presentación de una orden de judicial de registro u orden de cateo.
6. **Posible litigación**  
Se podrá proporcionar información al cuerpo de asesoría legal de la Agencia en el caso de una litigación o de una litigación potencial que involucre a la agencia. Dicha información será considerada información privilegiada y su confidencialidad es resguardada por la ley.
7. **Reportes obligatorios sobre sospechas de abuso infantil**

La ley estatal obliga a reportar sospechas de abuso infantil a la División de Servicios de Protección Infantil del Departamento de Servicios Humanos local donde reside el niño, o a la división de acusación criminal de la oficina del Fiscal de Distrito o a la oficina de



servicios de libertad condicional del distrito judicial donde reside el niño. Tanto el personal como los voluntarios y miembros de la Junta Directiva de la Agencia son personas obligadas por mandato a reportar de acuerdo a la ley de Servicios de Protección al Menor y deberán reportar toda sospecha de abuso infantil a una de las agencias arriba mencionadas. El personal de la agencia también deberá notificar al Director Ejecutivo de todo caso de sospecha de abuso infantil. El personal de la Agencia deberá adherirse al procedimiento de la agencia para el manejo de casos de sospechas de abuso infantil, tal como se estipula en la sección de “Mandato de reportar” de este manual.

**VI. PAREJA PROSPECTO DE CLIENTE-VOLUNTARIO – INFORMACIÓN ANÓNIMA COMPARTIDA**

Cuando un niño o un voluntario es considerado como un candidato para una pareja, se comparte anónimamente información entre las partes de la pareja prospecto. Cada una de las partes tiene el derecho de rechazar a la pareja propuesta, basándose en la información suministrada de manera anónima. El cliente o voluntario tendrá el derecho a discutir la información especificada con el personal antes de que sea presentada a la pareja potencial. Los nombres son compartidos con los miembros de la pareja una vez que ambas partes hayan aceptado participar en el emparejamiento. El personal de la Agencia deberá adherirse al procedimiento de la Agencia para el emparejamiento cliente-voluntario.

**VII. OTRAS SOLICITUDES DE LA AGENCIA DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

La agencia respetará el derecho a la privacidad de un cliente o voluntario. La solicitud de información confidencial de otras organizaciones que pudiese mejorar la capacidad y calidad de los servicios para el cliente podrá acomodarse y deberá ir acompañada de un formulario de “Autorización para proveer información” debidamente firmado.

**VIII. VIOLACIONES A LA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD**

**1. Miembro del personal**

Una violación notoria de la Política de confidencialidad de la agencia por un miembro del personal de la Agencia resultará en una acción disciplinaria.

**2. Miembro de la Junta Directiva**

Las violaciones de la Política de confidencialidad de la agencia por parte de un miembro de la Junta Directiva deberán ser referidas al Comité Ejecutivo para su investigación y toma de una acción apropiada.

**3. Voluntario**

Las violaciones de la Política de confidencialidad de la agencia por un voluntario deberán ser referidas al Comité Ejecutivo o al miembro del personal que tenga asignado para que tome la acción apropiada. Una violación de la Política de confidencialidad constituirá una causa adecuada para la terminación del emparejamiento.

He leído y entendido el documento total, lo cual declara la política de la agencia con respeto a la confidencialidad del registro de los clientes y los voluntarios. Acepto a las condiciones de la participación en el programa bajo las condiciones descritas.

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_

**CONCORDANCIA DE PROTEGER LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION DE LA PAREJA**

Prometo a guardar la información discutida conmigo sobre un Big Brother o Big Sister potencial. No voy a discutir esta información con nadie además de los empleados de Big Brothers Big Sisters.

Firma del Padre \_\_\_\_\_

Fecha\_\_\_\_\_