

## SOLICITUD PARA JÓVENES

**TODA LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SERÁ CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA POR ESTA AGENCIA SOLAMENTE COMO SE ESTABLECE EN NUESTRA POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD (consulte la última página). POR FAVOR, RESPONDA A NUESTRAS PREGUNTAS LO MEJOR POSIBLE PARA QUE PODAMOS SERVIR MEJOR A LAS NECESIDADES DE SU FAMILIA.**  
**BIG BROTHERS BIG SISTERS OF MIAMI ADMINISTRA SUS SERVICIOS DE UNA MANERA NO DISCRIMINATORIA.**

Para uso exclusivo del personal  
 BIS  CB  STW  GEM

### Seleccione los programas en los que está interesado en inscribir a su hijo:

- PROGRAMA DE MENTORÍA** (*revise las preferencias*):  Escuela para trabajar  en la comunidad  *Bigs in Schools*  
 **COMPROMISO DEL GRUPO y MENTORÍA (GEM)** (*marque todo lo que corresponda*):  Arte  
 Preparación profesional y universitaria  Aprendizaje digital  Alfabetización financiera  Preparación física/Deportes  Habilidades de liderazgo  Destrezas para la vida  Música  Campo(s) fuera de la escuela  
 Exploración de la lectura  STEM/Robótica  Tutoría  Otros

### INFORMACIÓN DEL JOVEN

Nombre legal completo (*Primer nombre, Segundo nombre, Apellido*): \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
 Autorización para enviar mensajes de texto al joven  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de identificación del estudiante (*requerido*): \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Almuerzo gratis/Rebajado:  Sí  No

Idioma primario hablado en casa  Inglés  Español  Creole  Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo escuchó acerca de Big Brothers Big Sisters? \_\_\_\_\_

¿Ha estado el joven involucrado anteriormente en el Sistema de Justicia Juvenil?  Sí  No

¿Hay algún antecedente o reclusión actual en la cárcel para el padre/tutor o hermano?  Sí  No

**SERVICIO MILITAR:** ¿Este joven tiene uno o más padres actualmente inscritos o retirados del ejército de los Estados Unidos?  
 Sí  No

Género en el certificado de nacimiento original  Masculino  Femenino  
 El joven describe su género como  Masculino  Femenino  Transgénero  Otro: \_\_\_\_\_  Prefiere no responder

El joven describe la orientación sexual como:  Heterosexual  Homosexual  Bisexual  Otra: \_\_\_\_\_

### ETNIA/NACIONALIDAD (*marque una que aplique al joven*)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio americano/ nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Asiático<br><input type="checkbox"/> Negro (no hispano) <i>elija uno a continuación:</i><br><input type="checkbox"/> Africano<br><input type="checkbox"/> Afroamericano<br><input type="checkbox"/> Haitiano<br><input type="checkbox"/> Bahameño<br><input type="checkbox"/> Jamaicano<br><input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Hispano (elija uno a continuación):<br><input type="checkbox"/> Cubano<br><input type="checkbox"/> Colombiano<br><input type="checkbox"/> Nicaragüense<br><input type="checkbox"/> Puertorriqueño<br><input type="checkbox"/> Salvadoreño<br><input type="checkbox"/> Otro _____<br><input type="checkbox"/> nativo americano<br><input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/isleño del Pacífico:<br><input type="checkbox"/> Blanco (no hispano)<br><input type="checkbox"/> Multirracial: _____<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|---|

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el joven \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR LEGAL			
Nombre legal completo ( <i>Primer nombre, Segundo nombre, Apellido</i> ):			
Teléfono celular: _____		Teléfono de la casa: _____	
¿Autorización para enviar mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Teléfono del trabajo: _____	
Dirección de correo electrónico principal:			
¿Su relación con el joven?			
<b>Por favor describa su hogar:</b>			
<input type="checkbox"/> Hogar de dos padres <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres - No casados <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres - Madres <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres – Padres <input type="checkbox"/> Hogar de padres solteros - Madre <input type="checkbox"/> Hogar de padres solteros - Padre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Hermano guardián <input type="checkbox"/> Otros parientes <input type="checkbox"/> Hogar colectivo <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Institución <input type="checkbox"/> Otro/desconocido			
<b>INGRESOS DEL HOGAR:</b> (sólo para fines estadísticos) <input type="checkbox"/> menos de \$10 000 <input type="checkbox"/> \$10 000-\$19 999 <input type="checkbox"/> \$20 000-\$24 999 <input type="checkbox"/> \$25 000-\$29 999 <input type="checkbox"/> \$30 000-34 999 <input type="checkbox"/> \$35 000-39 999 <input type="checkbox"/> \$40 000-49 999 <input type="checkbox"/> \$50 000-59 999 <input type="checkbox"/> \$60 000+			
¿Hay personas además de usted y el joven que viven en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No			
*Si es así, por favor proporcione los detalles a continuación:			
Nombre:	Edad:	Relación:	
Nombre:	Edad:	Relación:	
Nombre:	Edad:	Relación:	
Nombre:	Edad:	Relación:	
Nombre:	Edad:	Relación:	
ACUERDO DE CUSTODIA ( <i>PADRE(S) SI ES APLICABLE</i> )			
¿Tiene la custodia legal de este joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Hay una persona que comparte la custodia legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso afirmativo, ¿conoce y apoya la inscripción del joven en el programa BBBS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la persona con custodia compartida/legal: _____			
Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____			
¿Hay algún historial de encarcelamiento, arresto, deportación de cualquiera de los padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Esta persona tiene contacto con el joven? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿con qué frecuencia? _____			
¿Dónde reside esta persona? _____			
INFORMACIÓN MÉDICA			
Nombre del médico:		Número de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Plan de seguro:	Número de seguro:	Número de teléfono:	
Alergias:		Medicamentos:	
Otra información médica importante:			
INFORMACIÓN SOBRE LAS NECESIDADES DEL JOVEN			
<b>Tenga en cuenta:</b> La información solicitada a continuación no se utilizará para discriminar a su hijo de ninguna manera, pero nos permitirá servir mejor a su familia. Con la excepción de circunstancias excepcionales, esta información no se utilizará para determinar la elegibilidad. En el caso de que no podamos proporcionar los servicios, la Agencia lo ayudará a encontrar servicios alternativos.			
Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Discapacidad del desarrollo <input type="checkbox"/> Discapacidad emocional/del comportamiento <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva <input type="checkbox"/> Discapacidad en el aprendizaje <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Discapacidad visual <input type="checkbox"/> Otros (especifique _____ )			
<b>El joven necesita ayuda para desempeñarse en la siguiente área académica:</b> ( <i>Por favor elija un área académica</i> )			
<input type="checkbox"/> Lectura/Gramática y literatura <input type="checkbox"/> Matemáticas <input type="checkbox"/> Ciencias <input type="checkbox"/> Asistencia escolar <input type="checkbox"/> Conducta/comportamiento escolar			

Casilla 1	LISTA DE MEDICAMENTOS INCLUIDOS LOS QUE NO REQUIEREN PRESCRIPCIÓN MÉDICA
-----------	--

**Marque todo lo que corresponda y complete toda la información:**

- Medicamentos recetados     
  Medicamentos sin receta     
  Suplementos nutritivos  
 Producto o loción tópica     
  Refrigeración requerida     
  Dieta modificada

Nombre del hijo	Fecha de nacimiento	Peso
-----------------	---------------------	------

Nombre del(los) medicamento(s):	Dosis exacta
---------------------------------	--------------

Para ser administrado en los siguientes horarios.	Para el siguiente periodo de tiempo.
---	--------------------------------------

**Entiendo que mi hijo debe poder administrarse el medicamento por sí mismo. El personal de BBBS of Miami no es responsable de administrar medicamentos a ningún hijo en el programa.**

Firma del padre/tutor	Fecha
-----------------------	-------

Casilla 2	CONTACTOS DE EMERGENCIA/AUTORIZADOS PARA RECOGER: (OTROS QUE NO SEAN LOS PADRES O TUTORES)
-----------	--

**La siguiente sección debe ser completada por el padre/tutor con respecto a las personas autorizadas y no autorizadas para la recogida.**

**Personas autorizadas:**

Nombre/Relación	Número de teléfono:
Nombre/Relación	Número de teléfono:

**Personas no autorizadas:**

Nombre/Relación	Número de teléfono:
Nombre/Relación	Número de teléfono:

Casilla 3	PROCEDIMIENTOS ESPECIALES DE PERMISO
-----------	--------------------------------------

¿Tiene su hijo permiso para caminar a casa cuando el programa termina cada día?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	En los días de lluvia, con inclemencias del tiempo, ¿cómo llegará a casa su hijo? (Puede elegir más de una respuesta.)  <input type="checkbox"/> Caminar (si las condiciones meteorológicas son seguras) <input type="checkbox"/> Recogida (debe estar autorizada)
--	---

<b>Firma del padre/tutor:</b>
-------------------------------

## ACUERDO DEL PADRE/TUTOR

POR FAVOR LEA Y FIRME CADA SECCIÓN

**Certificación:** Certifico que la información contenida en este formulario de solicitud es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Inicial: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS

Por la presente, solicito a Big Brothers Big Sisters de Miami, Inc., una corporación de Florida sin fines de lucro, que ponga a disposición de mi hijo los servicios de BIG BROTHERS BIG SISTERS OF MIAMI y, si es posible, lo asigne a un voluntario seleccionado. Doy mi consentimiento para mí y mi hijo para participar en todos los servicios de evaluación y calificación, para cooperar y ayudar en todas las actividades de planificación y para recibir todos los servicios para mi hijo según lo considere necesario Big Brothers Big Sisters of Miami ("Agencia"). Por este medio, en pleno conocimiento, permito que el personal de la Agencia entreviste a mi hijo en la escuela. Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en actividades patrocinadas por la Agencia mientras él/ella está en la lista de espera aceptada o si es compatible con un Big Brother o Big Sister. Asimismo, doy mi consentimiento para que la Agencia brinde servicios de transporte para mi hijo hacia y desde cualquier actividad patrocinada por la Agencia, incluidas todas las actividades patrocinadas por el Grupo de Mentores. Doy mi consentimiento para que mi hijo complete un cuestionario que contiene preguntas sobre la escuela, el hogar y los intereses personales. Por este medio libero con plena conciencia y eximo de responsabilidad a la Agencia y sus nominados, cesionarios y designados de toda responsabilidad por los daños incurridos debido a las lesiones sufridas por mi hijo o por mí mismo(a) como resultado de la participación de mi hijo en cualquier actividad patrocinada por la Agencia o en su transporte. Esta autorización será efectiva y estará vigente en todo momento, en la medida en que lo permita la ley, desde la fecha de esta autorización hasta que sea revocada por el padre/tutor con una notificación por escrito, o se ejecute la Autorización del sucesor, proporcionada por la Agencia. Entiendo que mientras mi hijo se encuentra en la lista de espera aceptada, pero aún no está compatibilizado, los voluntarios de la Agencia tienen prohibido llamar o reunirse en privado con mi hijo. Si tengo conocimiento de que un voluntario ha contactado o intentado reunirse con mi hijo, acepto informar a la Agencia de inmediato. He leído y entiendo los contenidos del Consentimiento para los Servicios.

Firma X: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN SOBRE EL TALENTO DEL JOVEN

Yo, \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en permitir que Big Brothers Big Sisters of Miami ("Agencia") tome, use, divulgue o reproduzca de mi menor de edad (nombre del hijo \_\_\_\_\_, su imagen, voz o cualquier otra información que identifique a mi menor de edad, ya sea por fotografía, cintas de vídeo, grabaciones de audio, películas o cualquier otro medio similar para cualquier propósito que promueva la misión y los objetivos de la Agencia. También estoy de acuerdo en permitir que la Agencia autorice a cualquier persona designada, asignada, nominada, sucesora, afiliada o entidad relacionada a tomar, usar, divulgar o reproducir de mi menor de edad (nombre del hijo) \_\_\_\_\_, su imagen, voz o cualquier otra información que identifique a mi menor de edad, ya sea por fotografía, video, grabación de audio, película o por cualquier otro medio similar para cualquier propósito que promueva la misión y los objetivos de la Agencia. Autorizo expresamente a la Agencia, cualquier persona designada, asignada, nominada, sucesora, afiliada o entidad relacionada, de todas las reclamaciones, causas de acción o responsabilidad derivadas de o relacionadas de cualquier manera con la toma, el uso, la divulgación o la reproducción. del nombre, imagen, voz o cualquier otra información que identifique a mi hijo menor de edad. Esta autorización será efectiva y estará vigente en todo momento, en la medida en que lo permita la ley, desde la fecha de esta autorización hasta que sea revocada por el padre/tutor con una notificación por escrito, o se ejecute la Autorización del sucesor, proporcionada por la Agencia. **Nota a los voluntarios y padres:** Firmar esta autorización sobre el talento no significa que el nombre, la imagen o la voz de su hijo menor de edad aparezca en fotos publicitarias, videos, informes de noticias, artículos o lugares similares. Sin embargo, dado que algunos eventos de BBBS están cubiertos por los medios de comunicación o grabados o filmados en video, debemos hacer que todos los voluntarios y padres firmen este permiso para su protección y la nuestra.

Firma X: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo por la presente al Dr. /Sr. Sra. \_\_\_\_\_  
Padre/tutor legal (nombre en letra de molde)

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ localizado(a) en: \_\_\_\_\_  
(Nombre de agencia/ Dirección/ Código postal)

Para divulgar cualquier y toda la información relacionada con el hijo  
A Big Brothers Big Sisters de Miami, lo que incluye información psiquiátrica, psicológica, académica, médica y/o social.

Firma X: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD QUE DEBE LEER Y FIRMAR EL PADRE/TUTOR Acceso a los registros confidenciales**

Para que Big Brothers of Miami, Inc. ("Agencia") brinde un servicio responsable y profesional a los clientes, es necesario que los voluntarios, clientes y padres o tutores revelen información personal detallada sobre ellos y sus familias. La agencia respeta la confidencialidad de los clientes y voluntarios y, con la excepción de las situaciones enumeradas a continuación, comparte información sobre los clientes y sus voluntarios solo entre el personal de la agencia. Todos los registros e historiales son propiedad de la agencia y no de los trabajadores, clientes o voluntarios de la agencia. Para proporcionar un servicio que sea en el mejor interés de los hijos atendidos por el programa, la información de fuentes externas, incluidas las referencias confidenciales, debe evaluarse junto con la información obtenida de los clientes o voluntarios. Los registros e historiales no están disponibles para revisión por parte de los clientes o voluntarios.

**Límites de confidencialidad**

1. La información se divulgará a otras personas u organizaciones solo después de la presentación de un formulario autorizado de "Consentimiento para revelar información" debidamente firmado por (i) el padre/tutor del cliente cuando la información solicitada se relaciona con el cliente, o (ii) por el voluntario cuando la información solicitada se relaciona con el voluntario.
2. Para propósitos de evaluación, auditoría o acreditación del programa, y con la aprobación previa de la Junta Directiva, ciertas organizaciones externas como Big Brothers Big Sisters of America pueden tener acceso a los registros e historiales de clientes y voluntarios. Estas organizaciones externas deberán respetar la Política de confidencialidad de la Agencia. Las organizaciones externas utilizarán dicha información solo para los fines aprobados por la Junta Directiva. Las infracciones conocidas de la Política de confidencialidad de la Agencia se informarán al supervisor de la persona involucrada, o al Director Ejecutivo, y se tomarán las medidas disciplinarias apropiadas.
3. Los miembros de la Junta Directiva tienen acceso a los archivos de los clientes por varios motivos, entre ellos (i) evaluación del programa, auditoría y planificación de casos, (ii) en circunstancias que afectan negativamente a la Agencia para evaluar el impacto y la respuesta de la Agencia, y (iii) a discreción del Comité Ejecutivo del Consejo de Administración y/o a discreción del Equipo de Dirección de la Agencia.
4. La información se proporcionará a (i) el asesor legal de la Agencia o cualquier abogado seleccionado por la Agencia y/o (ii) la compañía de seguros de la Agencia, en caso de litigio o litigio potencial o a discreción del Director Ejecutivo o del Comité Ejecutivo de la Junta Directiva para cualquier asunto que afecte a la Agencia. Dicha información proporcionada al asesor legal es información privilegiada y la ley protege su confidencialidad.
5. La información solo se proporcionará a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o los tribunales de conformidad con una citación válida y ejecutable.
6. En el momento en que un hijo o voluntario se consideran como candidatos compatibles, la información se comparte entre las posibles partes compatibles. La información sobre el voluntario puede incluir aspectos tales como: edad, sexo, raza, religión, intereses, pasatiempos, estado civil/familiar, orientación sexual, condiciones de vida, etc. La información sobre el hijo puede incluir elementos tales como: edad, sexo, raza, religión, intereses, pasatiempos, situación familiar, etc.
7. La ley estatal ordena que la sospecha de abuso infantil sea reportada al Departamento de Niños y Familias de Florida. Los trabajadores de la agencia deberán cumplir con los procedimientos establecidos.
8. Si un trabajador de la Agencia recibe información que indica que un cliente o voluntario puede ser peligroso para sí mismo o para otros, se pueden tomar las medidas necesarias para proteger a la parte que corresponde. Esto puede incluir una referencia médica o un informe a las autoridades policiales locales.

**He leído y entiendo el documento anterior que establece la política de la agencia con respecto a la confidencialidad de los clientes y los registros e historiales de los voluntarios. Estoy de acuerdo con la participación en el programa en las condiciones que se establecen.**

X

Firma del padre/tutor legal

Fecha



# Escuelas públicas del condado de Miami-Dade

## Permiso para la divulgación de registros e historiales y/o información de registros e historiales

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Registros o historiales a ser divulgados: [Por favor, marque los artículos apropiados].

\_\_\_\_\_ Psicológico      \_\_\_\_\_ puntuaciones de prueba      \_\_\_\_\_ Información de asistencia  
\_\_\_\_\_ Grados      \_\_\_\_\_ Salud/Registros médicos      \_\_\_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_

El(los) registro(s) e historial(es) arriba mencionado(s) debe(n) ser divulgados(s) a:

Agencia Big Brothers Big Sisters of Miami Contacto personal con el Director de Aseguramiento de la Calidad Dirección  
550 NW 42nd Avenue, Miami Florida 33126

El propósito de esta divulgación es: Requisitos de informes y subvenciones

Por la presente, otorgo permiso para la publicación de los registros e historiales anteriores y esta versión estará vigente hasta \_\_\_\_\_ (Fecha).

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o estudiante elegible (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Escuela/Divulgación de la Agencia/Solicitud de registros e historiales

\_\_\_\_\_  
Firma del personal autorizado

\_\_\_\_\_  
Cargo (Fecha)

Las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade están sujetas a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia de 1974, codificada en 20 U.S.C. §1232 g. Por lo tanto, todos los documentos contenidos en los registros docentes de un estudiante, excepto aquellos específicamente exonerados, son accesibles a los padres o al estudiante elegible.

La información de identificación personal se puede transferir a un tercero solo con la condición de que no se divulgue a ninguna otra parte sin obtener el consentimiento del padre o del estudiante elegible.