

Big Brothers Big Sisters of Mercer County
535 East Franklin Street
Trenton, NJ 08610

609-656-1000 (tel)
609-656-1122 (fax)
www.bbbsmercer.org



APLICACIÓN DEL NIÑO

Quisiera que mi niño/a sea considerado para el programa siguiente:
Programa en la Escuela _____ O Programa Comunitario _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ SEXO: M _____ F _____

PADRE o MADRE _____

¿Cuál es su relación al niño? Padre _____ Jurisprudencia legal _____
Otro _____ Por favor, especifique: _____

DIRECCION _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ ZIP _____

No. de TELEFONO _____ CELULAR _____

CORREO ELECTRONICO DE LOS PADRES _____

INFORMACION SOBRE EL NIÑO

RAZA: Caucasiano _____ Africano-Americano _____ Latino _____ Asiático _____ Otro _____

¿Entiende y habla inglés el niño? SI _____ NO _____

¿Hablan y entienden el inglés los padres del niño? SI _____ NO _____

RESIDENCIA: Por favor ponga en lista todos los individuos que residen en su hogar:

Nombre	Relación	Nombre	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Tiene contacto el niño con el otro padre? SI _____ NO _____

¿Con que frecuencia? _____

¿Anteriormente, ha usted aplicado a nuestro programa para este niño/a? SI _____ NO _____

¿Para otro niño/a? SI _____ NO _____ Nombre del otro niño/a _____

¿Cómo se enteró usted de nuestro programa? _____

LUGAR DE EMPLEO DEL PADRE _____

OCUPACION _____ HORAS _____ No. de TRABAJO _____

¿Puede ser contactado en su trabajo? SI__ NO__

¿Está el padre/guardián en servicio militar? SI__ NO__

INGRESOS ANUAL de la FAMILIA: \$0 - \$30,000 _____ \$30,500 - \$60,000 _____ \$60,500 + _____

EVALUACIÓN DEL NIÑO

1. ¿Su niño quiere tener un Big Brother/Sister? SI _____ NO _____

2. ¿Está experimentando algún problema de comportamiento su hijo/hija? Si está experimentando problemas, por favor explique:

3. ¿Tiene su niño alguna discapacidad física, necesidades especiales, o problemas de salud?

SI _____ NO _____ Por favor explique: _____

4. ¿Ha estado su niño envuelto en el Sistema Judicial Juvenil? SI _____ NO _____
Explique por favor:

5. NOMBRE DE LA ESCUELA DEL NINO _____ Gradó _____

5. ¿Tiene su niño amigos suficientes? SI _____ NO _____

6. ¿Recibe su hijo consejería profesional o terapia? SI _____ NO _____

SI recibe esos servicios, por favor proporcione el nombre y número de teléfono del consejero:

7. ¿Cómo le beneficiaría a su hijo tener un Big Brother o Big Sister?

8. Escriba tres ventajas que su niño posee:

1. _____
2. _____
3. _____

9. Escriba tres cosas que les gustaría ver cambiar en su niño:

1. _____
2. _____
3. _____

10. Mi niño tienes dificultades con: (por favor marque todos los que aplican):

- | | |
|--------------------------------------|---|
| _____ Sentimientos depresivo | _____ Peleas con Hermanos/Amistades |
| _____ Baja Autoestima | _____ Peleas con Padre(s) |
| _____ Problemas con sus maestros(as) | _____ Recibes bajas notas en la escuela |
| _____ Traumas Recientes | _____ Abusos Previos |
| _____ Hiperactividad | _____ Problemas con la Policía |
| _____ Cigarrillos, Drogas & Alcohol | _____ Cambio de Peso Radical |

Inventario de Intereses

Actividades su niño les gusta hacer:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Deportes | <input type="checkbox"/> Patinar |
| <input type="checkbox"/> Eventos Deportivos | <input type="checkbox"/> Cocer |
| <input type="checkbox"/> Jugar juegos de video | <input type="checkbox"/> Boler |
| <input type="checkbox"/> Ver películas | <input type="checkbox"/> Ajardinar |
| <input type="checkbox"/> Arte (dibujar, pintar, etc.) | <input type="checkbox"/> Senderismo |
| <input type="checkbox"/> Ir para la librería | <input type="checkbox"/> Canoeing |
| <input type="checkbox"/> Visitar museos | <input type="checkbox"/> Board Games |
| <input type="checkbox"/> Cocinar | <input type="checkbox"/> Tocar música |
| <input type="checkbox"/> Patinar sobre hielo | <input type="checkbox"/> Jogging o hacer ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Pescar | <input type="checkbox"/> Ayuda con tareas |
| <input type="checkbox"/> Leer libros | <input type="checkbox"/> Otras cosas _____ |

Yo certifico que toda la información en esta aplicación es verdadera y precisa.

FIRMADO _____ **FECHA** _____

CONFIDENTIALITY POLICY

In order for Big Brothers Big Sisters of Mercer County to provide a responsible and professional service to clients it is necessary for volunteers, clients & parents or guardians of clients to be asked to divulge extensive personal information about themselves and their families. This information is collected during an interview and is used to create a profile of the applicant. This profile will be used by the agency to best match you with a Big Brother/Big Sister. A similar profile of the adult volunteer will be discussed with you to insure that your desires will be respected.

Relevant information shall be provided to the parties involved, however, the name or names of the parties described shall be kept confidential before a match is made. Any party has a right to refuse to enter into the match based upon the information so communicated, and the agency is not obligated to assign or actively seek to assign, him/her a Big Brother/Big Sister. In the event of denial to participate in the program the reason for denial need not be given.

All records (including written, video, file, picture or use of prospective client or prospective volunteer's name in agency publications) are considered the property of the agency and not the agency workers or clients or volunteers themselves. In order to provide a service which is in the best interest of the children served by the program, information from outside sources, including confidential references, must be assessed along with information gained from the clients or volunteers themselves. Records are not available for review by the clients or volunteers. Records are kept at the Big Brothers Big Sisters agency in areas that are only accessible to the agency's staff and aren't available for review by the clients, parents and/or volunteers.

The agency respects the confidentiality of clients & volunteer records and shares information about clients and volunteers only among the agency professional staff with the exception of situations listed below:

1. Information will be released to other individuals or organizations only upon written permission of the parent or volunteer.
2. Identifying information regarding clients and volunteers may be used in agency publications or promotional materials if the client or volunteer has given permission.
3. For purposes of program evaluation, audit, or accreditation, and with the prior approval of the Board of Directors, certain outside bodies such as Big Brothers/Big Sisters of America may have access to client and volunteer records. These outside organizations shall be required to respect the agency policy on confidentiality. Outside parties shall be required to use information only for the purpose(s) stated in the approval action of the Board of Directors. Known violations of agency confidentiality policy will be reported to the supervisor of the individual involved and appropriate disciplinary action shall be requested.
4. Members of the Board of Directors have access to client files only upon authorization by formal motion of the Board of Directors. The motion shall state who shall be authorized to review records, the specific purpose for such review and the period of time during which access shall be granted. Members shall be required to comply with the agency policies on confidentiality and may use the information only for purposes stated by the approved action of the Board of Directors. Known violation of the agency's confidentiality policy by a Board Member shall constitute adequate cause for removal from office.
5. Information shall only be provided to law enforcement officials or the courts pursuant to a valid and enforceable subpoena.
6. Information shall be provided to an agency's legal counsel in the event of litigation or potential litigation involving the agency. Such information is considered privileged information, and law protects its confidentiality.
7. New Jersey State Law mandates that suspected child abuse be reported to the appropriate authorities (Division of Youth and Family Services). All workers are responsible for staying abreast of such reporting requirements and shall always comply with mandated procedures.
8. If an agency worker receives information indicating that a client or volunteer may be dangerous to him or herself or to others, necessary steps may be taken to protect the appropriate party. This may include a medical referral or report to the local law enforcement authorities.

I have read and understand the above document that states the agency policy with respect to confidentiality of client and volunteer records. I agree to keep all information regarding the individual involved in the match confidential. I agree to program participation under the conditions it sets forth.

SE NECESITA SU FIRMA EN LA PROXIMA PAGINA

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION

- Yo le doy permiso a Big Brothers Big Sisters of Mercer County, Inc. para obtener información sobre mi niño,
 _____ de _____.
 (Nombre del hijo/a) (Nombre de Agencia)
- Big Brothers Big Sisters of Mercer County, Inc. y sus representantes tienen mi permiso a obtener información social, académica y psicológica de cualquier institución, escuela, terapeuta, hospital o agencia de beneficencia social (welfare). Adicionalmente, otorgo permiso para que _____
 (Nombre de la Agencia) y sus agentes compartan información con Big Brothers Big Sisters of Mercer County, Inc.
- Otorgo permiso para que mi niño participe en cuestionarios y entrevistas sobre su vida hogareña, escolar, intereses personales, y seguridad con los empleados de Big Brothers Big Sisters of Mercer County.
- Otorgo mi consentimiento para que Big Brothers Big Sisters of Mercer County, Inc. y BBBSNJ tomen fotos de mi niño durante eventos especiales, y a usar el primer nombre de mi niño en artículos de noticias o para someter a proveedores de fondos para soporte del programa.
 - Las fotos pueden ser utilizadas por la agencia para publicidad en:
 - __Cartillas __ Media Social (ej. Facebook) __ Periódicos__
 (Por favor indique todos los medios para cual usted otorga permiso).
- Yo entiendo que esta información será usada a determinar como mejor Big Brothers Big Sisters of Mercer County, Inc. puede ayudar a mi hijo(a). Además, entiendo que toda esta información será mantenido confidencial.

Firma del Padre/Guardián

Fecha