



**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 DE NIÑO/A PARA EL PROGRAMA DE LA MENTARÍA EN LA COMUNIDAD**

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE o MADRE \_\_\_\_\_

Cual es su relación al niño? Padre \_\_\_\_\_ Jurisprudencia legal \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_ Por favor, especifique: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

No. de TELEFONO \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO DE EL/LOS PADRE(S) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO**

**RAZA:** caucasiano \_\_\_\_\_ africano-americano \_\_\_\_\_ Latino \_\_\_\_\_ asiático \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Entiende y habla inglés el/la niño/a? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Habla inglés el/los padre(s)? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

**RESIDENCIA:** ¿Con quién vive el niño? Por favor, ponga en la lista todos los individuos con quien reside el/la niño/a en el hogar:

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

**POR FAVOR, COMPLETE USTED TODAS LAS PAGINAS (3) DE LA APLICACIÓN. ¡GRACIAS!**

¿Tiene el niño contacto con el otro padre? SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia?\_\_\_\_\_

¿Anteriormente, ha usted aplicado a nuestro programa para este niño/a? SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

¿Para otro niño/a? SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, nombre del otro niño/a: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró usted de nuestro programa? \_\_\_\_\_

**LUGAR DE EMPLEO DEL PADRE**\_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ HORAS \_\_\_\_\_ No. de TRABAJO \_\_\_\_\_

¿Podría estar contactado en su trabajo? SÍ\_\_ NO\_\_

INGRESOS ANUALES de la FAMILIA: \$8,000 - \$16,000 \_\_\_\_\_ \$16,500 - \$26,000 \_\_\_\_\_ \$26,500 + \_\_\_\_\_

### **EVALUACIÓN DEL NIÑO**

1. ¿Quiere su niño tener un/a Big Brother/Sister? SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

2. ¿Está experimentando algún problema de comportamiento su hijo/hija? En el caso afirmativo, explique:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Tiene su hijo/a una discapacidad física, desventaja, o problema de salud?

SÍ\_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor explique:

\_\_\_\_\_

4. ¿Escuela en donde el niño asiste? \_\_\_\_\_ Nivel \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene su niño suficientes amistades? SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

6. ¿Recibe su hijo/a consejos profesionales o terapia? SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, por favor proporcione el nombre y número de teléfono del consejero:

\_\_\_\_\_

7. ¿Como podría beneficiar su hijo de tener un Big Brother o una Big Sister?

\_\_\_\_\_

8. Anote tres ventajas que posea su niño:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

9. Dime tres cosas que les gustaría ver cambiadas en su niño:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

10. Mi niño tiene dificultades con: (por favor anote todos los que se apliquen a su hijo/a):

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| _____ Sentimientos depresivos        | _____ Pelea con Hermanos/Amistades     |
| _____ Bajo Autoestima                | _____ Pelea con Padre(s)               |
| _____ Problemas con sus maestros(as) | _____ Recibe bajas notas en la escuela |
| _____ Trauma Reciente                | _____ Abuso Anterior                   |
| _____ Hiperactividad                 | _____ Problemas con la Policía         |
| _____ Cigarrillos, Drogas o Alcohol  | _____ Cambio de Peso Radical           |

**Yo certifico que toda la información en esta aplicación es verdadera y precisa, por lo que sé.**

**FIRMADO** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

### **Consentimiento a Compartir Información**

Yo le doy permiso a mi hijo(a), \_\_\_\_\_, a participar en Big Brothers Big Sisters del condado de Mercer.

Big Brothers Big Sisters of Mercer County y sus representantes tienen mi permiso a obtener la información escolar, social, y psicológico de mi hijo(a) de cualquier escuela, institución, terapeuta, hospital, o agencia social. Además, doy mi consentimiento a \_\_\_\_\_ y sus representantes a distribuir la información necesaria a (Nombre de la Agencia)

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, yo entiendo que toda esta información será mantenido confidencial.

\_\_\_\_\_

Firma de Padre o Madre del Niño/a

\_\_\_\_\_

Fecha