

**Autorización de Servicio**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Subcontratista | Personal Asignado a la Familia | | Fecha |
| Nombre del Cuidador Principal | | Teléfono / correo electrónico | |
| Nombre del niño objetivo | | Fecha de nacimiento del niño objetivo | |
| Frecuencia de servicio planificada: 🞏 Menos de 1x Mes 🞏 1x Mes 🞏 2x Mes ✓ Mas de 2x Mes | | | |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIÓN PARA EL SERVICIO**  Se me ha proporcionado información sobre el Programa de Prevención e Intervención Temprana al que se hace referencia y deseo recibir servicios. Entiendo que los datos sobre mi joven / familia se recopilarán, mantendrán e ingresarán en un sistema de datos seguro. La información se utilizará para realizar un seguimiento de los servicios con fines de evaluación y para garantizar que se brinden servicios de calidad. Por la presente autorizo ​​a mi joven / familia a participar en el programa. |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma Fecha    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nombre impreso del padre o tutor Índice Nombre del niño / joven  *La autorización para el servicio debe completarse por niño / joven Index al momento de la inscripción y anualmente.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN**  Los servicios que recibirá en este programa se brindan a través de una asociación de proveedores de servicios de San Antonio en la iniciativa Resultados saludables a través de la prevención y los apoyos tempranos (HOPES III). La información sobre su familia, incluidos los datos demográficos, las evaluaciones realizadas, los servicios que recibió y los resultados de esos servicios, se comparte con las organizaciones asociadas en la iniciativa HOPES III, los patrocinadores de la iniciativa y los evaluadores. La información se comparte con el fin de proporcionar servicios coordinados a las familias, medir el éxito del programa y proporcionar recursos y servicios adicionales a las familias según sea necesario.  Todos los proveedores de servicios asociados bajo HOPES III también son miembros de Alamo Area Community Network (AACN), una red de referencia de proveedores de servicios del área de San Antonio, que utiliza una plataforma de referencia compartida común. Si solicita una remisión a uno de los otros programas de socios de HOPES III a continuación, o cuando acepta remisiones más allá de los servicios proporcionados por un socio en la iniciativa HOPES III, se le pedirá que complete una autorización para compartir información por separado. Esa autorización permite la remisión a otras organizaciones asociadas en la AACN. Puede acceder a una lista de todos los socios de la comunidad de AACN y más detalles sobre la red en www.yourcommunitynetwork.org. Su información demográfica básica (nombre, fecha de nacimiento, dirección) se comparte con los socios de AACN y es accesible para todas las organizaciones miembros de la red de referencia, incluso si no está siendo referido o está recibiendo servicios de una organización asociada de AACN en particular. La información detallada sobre los servicios que se le brindan a usted oa los miembros de su familia bajo HOPES III solo será accesible para el personal de las organizaciones asociadas de HOPES y no se compartirá con los demás socios de la AACN. No tiene que dar su permiso para buscar servicios de los socios de la comunidad de AACN, pero sin él no podrán trabajar juntos en la Red de la Comunidad para ayudarlo. Su tratamiento, capacidad para recibir servicios, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no dependen de que firme este formulario. | | |
| **LISTA DE VERIFICACIÓN DE REFERENCIA**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Brindar servicios de administración de casos a niños con afecciones médicas, necesidades especiales / discapacidades, retrasos en el desarrollo o riesgos de salud / enfermedades crónicas. |  | Visitas personales a domicilio y actividades grupales mensuales. Temas cubiertos: actividades de interacción entre padres e hijos, bienestar familiar y desarrollo centrado en los padres. Fortalecer a las familias y promover la preparación escolar. |  | Nuestra misión en The Children’s Shelter es restaurar la inocencia y fortalecer a las familias. Ofrecemos la oportunidad de fortalecer a las familias conectándolas con otros recursos comunitarios. | |  | Intervenciones basadas en la clínica, entrenamiento de habilidades para enseñar las habilidades críticas necesarias para afrontar la vida de manera efectiva, y manejo de salud mental y psiquiátrica (reemplazo de agresión). Hay disponibles exámenes de detección, planificación de atención integral y apoyo en caso de crisis. |  | Apoyo a los padres en el hogar. Los padres aprenden estrategias de crianza positiva y formas de construir una relación más positiva entre padres / cuidadores y niños. Ofrezca consejos para manejar la mala conducta. |  | Asesoramiento financiero personalizado para ayudar con el control de la deuda, mejorar el puntaje crediticio, crear un presupuesto y habilidades de preparación de la fuerza laboral. | |  | Eventos comunitarios: eventos familiares GRATUITOS con actividades prácticas que muestran los servicios de los socios. Play & Learn: actividades grupales para adultos / niños. |  | Clases grupales para padres y 4 llamadas telefónicas / visitas domiciliarias de seguimiento. Los padres aprenden a través de la observación, la discusión, la práctica y la retroalimentación. Manejar problemas comunes de conducta y problemas de desarrollo. |  | Apoyo para familias que cuidan a un niño con discapacidades del desarrollo / necesidades especiales. Día de fiesta de la madre: lunes y miércoles, noche de fiesta de los padres: viernes, día de fiesta familiar: sábados (de 6 semanas a 18 años). | | Bright by Text es un programa gratuito de mensajería para padres y cuidadores que envía consejos y recursos que promueven el desarrollo infantil, dirigido a niños de 0 a 5 años de edad. Está diseñado para ser relevante para las familias de hoy, brindando información de calidad y recursos confiables a cualquier cuidador. Los mensajes se componen de contenido basado en investigaciones de Bright by Three y otros proveedores de confianza, como PBS Kids, PBS Parents y Vroom. Bright by Text proporciona consejos de desarrollo basados ​​en la edad de un niño (¡las familias pueden inscribir a varios niños!), Ofrece información oportuna sobre recursos y eventos locales y enlaces a más materiales de aprendizaje en línea, incluidos videos.  Al seleccionar el consentimiento, acepta inscribirse en el programa y recibir mensajes de Bright by Text desde el 274448. Aunque la inscripción no tiene ningún costo, pueden aplicarse tarifas de datos y mensajes. Puede cancelar en cualquier momento enviando un mensaje de texto STOP al 274448. Para obtener ayuda, envíe un mensaje de texto HELP al 274448 o envíenos un correo electrónico a [admin@brightbytext.org](mailto:admin@brightbytext.org)  Doy mi consentimiento para compartir mi código postal, número de teléfono y fecha de nacimiento de mi hijo con KLRN Bright by Text | | | | | | | | |
| Firma | Fecha | Nombre impreso del padre o tutor |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*Características prioritariasSe debe seleccionar uno o más. Algunos programas de PEI requiere de dos o más para poder calificar. | | | | |
| Preocupación de conductaCon Servicio Militar (Actual o Anterior)Abuso de Alcohol (Actual o Pasado) - CuidadorAbuso de Alcohol (Actual o Pasado) - JovenMaltrato Infantil o Participación en el Sistema de Bienestar Infantil (Actual o Pasado)Conflicto en la Escuela (Actual o Pasado)Involucramiento en la Justicia Criminal (Actual o Pasado) - JovenViolencia Doméstica o Interpersonal (Actual o Pasada)Uso o Abuso de Otras Sustancias (Actual o Pasado) - JovenRetraso en el Desarrollo o Discapacidad - CuidadorRetraso en el Desarrollo o Discapacidad - Niño/Joven InscritoDinámicas Familiares/Preocupación de la Estructura FamiliarConflicto Familiar o Conflictos en el HogarNivel de Estrés AltoSin Hogar/Fugitivo - JovenEn el hogar hay un niño con retrasos en el desarrollo o discapacidadesEl hogar tiene un historial de abuso de alcohol o necesidad de tratamiento para el abuso de alcoholEl hogar tiene historial de abuso de sustancias o necesidad de tratamiento para el abuso de sustanciasCuidador con bajo nivel escolarHogar con bajos ingresosPreocupación con el estado de la Salud Mental - CuidadorPreocupación con el estado de la Salud Mental - Niño/Joven InscritoPreocupación de las Habilidades del Padre/EncargadoPreocupación de la Participación EscolarPreocupación de Apoyo SocialAlguien en el hogar ha alcanzado bajos logros escolares o tiene un hijo con logros estudiantiles bajosAlguien en el hogar usa productos derivados de tabaco dentro del hogarUna menor de 21 años en el hogar inscrita en el programa como embarazada | | | | |
| \*Idioma Principal Hablado en el Hogar:   Inglés    Español    Vietnamita    Chino    Otro    No Evaluado | | | | |
| \*Referido Por:Si mismo (Padre)Si mismo (Joven)Amigo/FamiliarEscuela, guardería u otro proveedor de educaciónProveedor de Cuidado de SaludIglesiaServicios de Protección InfantilLa Policía | | Sistema de Justicia Criminal JuvenilLínea Directa para Jóvenes/Fugitivos de Texas211 u otra Línea DirectaHa participado anteriormentePrograma de Family ConnectsOtra Agencia ComunitariaOtro | | |
| Ingreso Mensual (estimado - después de impuestos): *\*Requeridos para STAR & MIECHV* | | | # Miembros en el Hogar: *\*Requeridos para STAR & MIECHV* | |
| Fuente de Ingresos:Pensión Conyugal o de DivorcioRenta o Alquiler de InquilinosAyuda de Dinero TANF | Asistencia en efectivo de amigos/ familiares y parientesSalarioBeneficios de desempleo | | | Manutención de HijosSeguro social / DiscapacidadOtros Ingresos (especificar): |
| Identificación del Proveedor: | ID Única de Prácticas Basada en Evidencia: | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACIóN del Niño/Joven inscrito | | | | | | | |
| NúM. DE IDENTIFICACIóN DE PERSONA       (STAFF - UWSA) | | | | | | | |
| \***Primer Nombre**: | | | Segundo Nombre: | | | | |
| **\*Apellido:** | | | Sufijo:    II    III    IV    JR    SR | | | | |
| **\*Fecha de Nacimiento:** | | | **\*Sexo:**    Masculino    Femenino | | | | |
| Núm. de Seguro Social: | | | | | | | |
| Teléfono Principal: | | | Extensión: | | | | |
| Correo Electrónico Principal: | | | **\*Origen Hispano** (seleccione sola una opción):     Hispano    No Hispano    No se puede determinar | | | | |
| **\*Raza** (seleccione todas las que apliquen):   * Indio Americano / Nativo de Alaska * No se puede determinar | * Asiático * Prefirió no contestar | | | * Negro / Afroamericano * Blanco | | | * Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico |
| **NIÑO/JOVEN INSCRITO – DIRECCIÓN PRINCIPAL** | | | | | | | |
| \***Dirección 1**: | | | Dirección 2: | | | | |
| **\*Ciudad**: | | | **\*Estado**: Tx | | | **\*Código Postal**: | |
| **\*Condado**: | | | Colonia: | | |  | |
| NIÑO/JOVEN INSCRITO – INFORMACIÓN ADICIONAL | | | | | | | |
| \***Estado de Discapacidad:**    Sí    No    No Evaluado | | | | | | | |
| **Nivel de Educación:**   * Menos que Kínder * Kínder * 1er grado * 2do grado * 3er grado * 4o grado * 5o grado * 6o grado | | * 7o grado * 8o grado * 9o grado * 10o grado * 11o grado * 12o grado * No terminó la preparatoria * Graduado de Preparatoria | | | * Recibió GED * Carrera Técnica * Especialización de dos años * Algunos estudios universitarios * Graduado de la Universidad * Posgrado - Maestría o Doctorado * No Evaluado * Otro | | |
| **Estado Educativo** - Actualmente Inscrito en:   * Guardería con licencia * Pre-Kínder Certificado * Escuela Primaria | | * Escuela Secundaria * Escuela Preparatoria * Colegio/Universidad   Entrenamiento Tecnológico | | | * Programa GED * No Inscrito * No Evaluado | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO PRINCIPAL DEL PARTICIPANTE** | | | | | | | | | | | | | | |
| Núm. de Identificación de Persona **(STAFF - UWSA)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*Primer Nombre:** | | | | | | | | Segundo Nombre**:** | | | | | | |
| **\*Apellido:** | | | | | | | | **Sufijo:    II    III    IV    JR    SR** | | | | | | |
| **\*Fecha de Nacimiento:** | | | | | | | | **\*Sexo:    Masculino    Femenino** | | | | | | |
| Núm. de Seguro Social: | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono Principal**:** | | | | | | | | Extensión: | | | | | | |
| Correo Electrónico Principal: | | | | | | | | **\*Origen Hispano (**seleccione sola una opción**):**     Hispano    No-Hispano    No se puede determinar | | | | | | |
| **\*Raza** (seleccione todas las que apliquen):   * Indio Americano / Nativo de Alaska * No se puede determinar | | | | | | * Asiático * Prefirió no contestar | | | | | | * Negro / Afroamericano * Blanco * Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | |
| **\*Relación con el Niño/Joven:**   * Padre o Madre * Encargado de crianza sustituto (Foster Parent) * Padrastro o Madrastra | | | | | * Abuelo/Abuela * Tío/Tía * Primo/Prima * Hermano/Hermana | | | | | | * Pareja del Encargado * Personas cercanas a la familia (Fictive Kin) * No relacionado | | | |
| **PADRE/ENCARGADO PRINCIPAL DEL PARTICIPANTE – INFORMACÓN ADICIONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
| Padre Expectante:    Sí    No | | | | Fecha Estimada de Parto: | | | | | | | | | | |
| **\*Estado de Discapacidad:**     Sí    No    No Evaluado | | | | Idioma Preferido:     Inglés    Español    Vietnamita    Chino    Otro    No Evaluado | | | | | | | | | | |
| **Estado Civil:**   * Soltero, nunca casado * No casado, pero viviendo juntos en pareja * Casado | | | | | | | * Separado * Divorciado * Viudo * Desconocido | | | | | | |
| **Estado Militar**:   * Sin Servicio Militar * No Indicado * En Servicio Activo | | | * Reserva Activa * Reserva Inactiva * Guardia Nacional * Jubilado de los Servicios Militares | | | | | | | | | | * Veterano (descarga que no sea deshonrosa) * Descargado – Deshonroso | | |
| **Nivel de Educación:**   * Menos que Kínder * Kínder * 1er grado * 2do grado * 3er grado * 4o grado * 5o grado * 6o grado | * 7o grado * 8o grado * 9o grado * 10o grado * 11o grado * 12o grado * No terminó la preparatoria * Graduado de Preparatoria | | | | | | | | * Recibió GED * Carrera Técnica * Especialización de dos años * Algunos estudios universitarios * Graduado de la Universidad * Posgrado - Maestría o Doctorado * No Evaluado * Otro | | | | | |
| **Estado Educativo - Actualmente Inscrito en**:   * Guardería con licencia * Pre-Kínder Certificado | | * Escuela Primaria * Escuela Secundaria * Escuela Preparatoria * Colegio/Universidad | | | | | | | | * Entrenamiento Tecnológico * Programa GED * No Inscrito * No Evaluado | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Situación de Vivienda: Por favor seleccione un artículo por miembro de la familia (columna)** | **Yo mismo (Padre/Encargado Principal)** | **Niño** | **Del Padre/Encargado Secundario**  **(Opcional)** |
| Me estoy quedando en una instalación pública o privada que proporciona refugio temporal (como un albergue, misión, instalación de ocupación de habitación individual o un motel) |  |  |  |
| Vivo en mi propia casa, de la cual soy el dueño |  |  |  |
| Vivo en una casa, la cual alquilo |  |  |  |
| Me estoy quedando con amigos o familiares de manera temporal |  |  |  |
| Vivo con mis padres o familiares |  |  |  |
| Vivo en vivienda de asistencia pública |  |  |  |
| Vivo en otro tipo de arreglo de vivienda estable |  |  |  |
| Estoy encarcelado |  |  |  |
| Me estoy quedando en la calle, automóvil, parque, banqueta, edificio abandonado o en cualquier situación inestable o no permanente |  |  |  |
| Vivo en un ambiente de cuidado de crianza sustituto |  |  |  |
| No evaluado |  |  |  |
| **Por favor circule uno por miembro de la familia:**  ¿Su situación de vida actual es un arreglo temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? | Sí / No | Sí / No | Sí / No |

¿El Padre/Encargado Principal tiene la misma dirección que el niño índice?

Sí  No, por favor complete la dirección a continuación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PADRE/ENCARGADO PRINCIPAL DEL PARTICIPANTE – DIRECCIÓN PRINCIPAL**  *Use si es diferente a la dirección principal del Niño/Joven Inscrito* | | |
| \***Dirección 1**: | Dirección 2: | |
| **\*Ciudad**: | **\*Estado**: | **\*Código Postal**: |
| **\*Condado**: | Colonia: |  |

¿El Del Padre/Encargado Secundario tiene la misma dirección que el niño índice?

Sí  No, por favor complete la dirección a continuación

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PADRE/ENCARGADO SECUNDARIO DEL PARTICIPANTE – DIRECCIÓN PRINCIPAL**  *Use si es diferente a la dirección principal del Niño/Joven Inscrito* | | |
| \***Dirección 1**: | Dirección 2: | |
| **\*Ciudad**: | **\*Estado**: | **\*Código Postal**: |
| **\*Condado**: | Colonia: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL PADRE/ENCARGADO SECUNDARIO DEL PARTICIPANTE (Opcional)** | | | | | | | | |
| Núm. de Identificación de Persona **(STAFF - UWSA)** | | | | | | | | |
| **\*Primer Nombre:** | | | | | Segundo Nombre**:** | | | |
| **\*Apellido:** | | | | | **Sufijo:    II    III    IV    JR    SR** | | | |
| **\*Fecha de Nacimiento:** | | | | | **\*Sexo:    Masculino    Femenino** | | | |
| Núm. de Seguro Social: | | | | | | | | |
| Teléfono Principal**:** | | | | | Extensión: | | | |
| Correo Electrónico Principal: | | | | | **\*Origen Hispano (**seleccione sola una opción**):**     Hispano    No-Hispano    No se puede determinar | | | |
| **\*Raza** (seleccione todas las que apliquen):   * Indio Americano / Nativo de Alaska * No se puede determinar | | | * Asiático * Prefirió no contestar | | | | | * Negro / Afroamericano * Blanco * Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico | |
| **\*Relación con el Niño/Joven:**   * Padre o Madre * Encargado de crianza sustituto (Foster Parent) * Padrastro o Madrastra | | * Abuelo/Abuela * Tío/Tía * Primo/Prima * Hermano/Hermana | | | | * Pareja del Encargado * Personas cercanas a la familia (Fictive Kin) * No relacionado | | |
| **PADRE/ENCARGADO SECUNDARIO DEL PARTICIPANTE – INFORMACIÓN ADICIONAL** | | | | | | | | |
| **\*Estado de Discapacidad:**     Sí    No    No Evaluado | | **Idioma Preferido:**     Inglés    Español    Vietnamita    Chino    Otro    No Evaluado | | | | | | |
| **Estado Civil**:   * Soltero, nunca casado * No casado, pero viviendo juntos en pareja * Casado | | | | * Separado * Divorciado * Viudo * Desconocido | | | | |
| **Estado Militar**:   * Sin Servicio Militar * No Indicado * En Servicio Activo | * Reserva Activa * Reserva Inactiva * Guardia Nacional | | | | | | * Jubilado de los Servicios Militares * Veterano (descarga que no sea deshonrosa) * Descargado – Deshonroso | |
| **Nivel de Educación:**   * Menos que Kínder * Kínder * 1er grado * 2do grado * 3er grado * 4o grado * 5o grado * 6o grado | * 7o grado * 8o grado * 9o grado * 10o grado * 11o grado * 12o grado * No terminó la preparatoria * Graduado de Preparatoria | | | | | | * Recibió GED * Carrera Técnica * Especialización de dos años * Algunos estudios universitarios * Graduado de la Universidad * Posgrado - Maestría o Doctorado * No Evaluado * Otro | |
| **Estado Educativo - Actualmente Inscrito en**:   * Guardería con licencia * Pre-Kínder Certificado | * Escuela Primaria * Escuela Secundaria * Escuela Preparatoria * Colegio/Universidad | | | | | | * Entrenamiento Tecnológico * Programa GED * No Inscrito * No Evaluado | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE PARTICIPANTES ADICIONALES (Opcional)** | |
| **\*Primer Nombre:** | Segundo Nombre**:** |
| **\*Apellido:** | **Sufijo:    II    III    IV    JR    SR** |
| **\*Sexo:**    Masculino    Femenino | Fecha de Nacimiento: |
| **\*Relación con el Niño/Joven Inscrito**     Padre o Madre    Encargado de crianza sustituto (Foster Parent)    Padrastro    Abuelo/Abuela     Tío/Tía    Primo/Prima    Hermano/Hermana    Pareja del Encargado     Personas cercanas a la familia (Fictive Kin)    No relacionado | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE PARTICIPANTES ADICIONALES (Opcional)** | |
| **\*Primer Nombre:** | Segundo Nombre**:** |
| **\*Apellido:** | **Sufijo:    II    III    IV    JR    SR** |
| **\*Sexo:**    Masculino    Femenino | Fecha de Nacimiento: |
| **\*Relación con el Niño/Joven Inscrito**     Padre o Madre    Encargado de crianza sustituto (Foster Parent)    Padrastro    Abuelo/Abuela     Tío/Tía    Primo/Prima    Hermano/Hermana    Pareja del Encargado     Personas cercanas a la familia (Fictive Kin)    No relacionado | |
| **INFORMACIÓN DE PARTICIPANTES ADICIONALES (Opcional)** | |
| **\*Primer Nombre:** | Segundo Nombre**:** |
| **\*Apellido:** | **Sufijo:    II    III    IV    JR    SR** |
| **\*Sexo:**    Masculino    Femenino | Fecha de Nacimiento: |
| **\*Relación con el Niño/Joven Inscrito**     Padre o Madre    Encargado de crianza sustituto (Foster Parent)    Padrastro    Abuelo/Abuela     Tío/Tía    Primo/Prima    Hermano/Hermana    Pareja del Encargado     Personas cercanas a la familia (Fictive Kin)    No relacionado | |