



Aplicación del Aprendiz

(Debe ser completado por el padre / guardián)

Información personal

Nombre del joven: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Género: Masculino ____ Hembra ____ Otro ____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono residencial #: _____ Teléfono celular de los padres#: _____

Raza: ____ Afroamericano ____ Caucásico ____ Amerindio

____ Hispano/Latino ____ Asiático Americano ____ Otro

Escuela: _____

Grado: _____ Trabajador social/consejero: _____

Padre(s)/ Guardián (es):

Custodia sobre el Joven

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Raza: _____ Sí / No

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Raza: _____ Sí / No

Correo electrónico del padre/ guardián: _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Por favor, responda a todas las siguientes preguntas de la manera más completa posible.

¿Su hijo/hija está disponible para reunirse con un mentor hasta ocho horas por mes y tener contacto al menos una vez a la semana durante un año? Por favor, explique cualquier problema de programación.

¿Su hijo/hija está teniendo algún problema en el hogar o en la escuela?

¿Su hijo / hija tiene alguna limitación física que debe considerarse durante nuestro proceso de emparejamiento?

Tenga en cuenta: Los mentores no pueden distribuir medicamentos. No se permite enviar medicamentos en las visitas a menos que su hijo pueda tomarlos por su cuenta y sin supervisión. ¿Esto será un obstáculo para participar en el programa?

¿Le preocupa la salud emocional y el bienestar de su hijo/hija

