

Formulario de referencia del programa 2Gen (2 generaciones)

Fecha de referencia: _____

Información de padres:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Sexo al nacer: ☐ Hombre ☐ Mujer Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro: _____Raza/etnia: ☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hispano☐ Americano, Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Otro isleño del Pacífico☐ Otro (por favor especifique): _____Idiomas hablados: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ Idioma preferido: _____Estatus migratorio: ☐ Ciudadano ☐ Residente legal (no ciudadano) ☐ Indocumentado ☐ Otro: _____Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro: _____Situación laboral: _____ Situación del seguro: ☐ Sí ☐ No _____**Información de los copadres (si corresponde):**

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Sexo al nacer: ☐ Hombre ☐ Mujer Identidad de género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro: _____Raza/etnia: ☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Hispano☐ Americano, Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Otro isleño del Pacífico☐ Otro (por favor especifique): _____Idiomas hablados: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ Idioma preferido: _____Estatus migratorio: ☐ Ciudadano ☐ Residente legal (no ciudadano) ☐ Indocumentado ☐ Otro: _____Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro: _____Situación laboral: _____ Situación del seguro: ☐ Sí ☐ No _____**Información del hogar:**

¿Cuántos niños (desde el nacimiento hasta los 17 años) hay en la familia y viven en el hogar? _____

De ellos, ¿cuántos niños hay hasta los 5 años? _____

¿Cuántos adultos adicionales (18+ años) hay en la familia y viven en el hogar? _____

Formulario de referencia del programa 2Gen (2 generaciones)

A continuación se presentan algunos servicios ofrecidos por Full Circle Youth Empowerment Center que pueden estar disponibles para los participantes de 2Gen. Elija los siguientes servicios en los que la familia está interesada:

Servicios para niños / jóvenes		Servicios para padres	
<input type="checkbox"/> Guardería (3-5 años)	<input type="checkbox"/> Grupo de apoyo juvenil	<input type="checkbox"/> Apoyo a los padres	<input type="checkbox"/> Grupo de apoyo para padres / familias (inglés y español)
<input type="checkbox"/> Kidz Konnection (6 - 12 años)	<input type="checkbox"/> Liderazgo juvenil		
<input type="checkbox"/> Respiro juvenil (13 - 17 años)	<input type="checkbox"/> Culinario	<input type="checkbox"/> Educación / Capacitación para padres	<input type="checkbox"/> Liderazgo de los padres
<input type="checkbox"/> Apoyo educativo	<input type="checkbox"/> Cosmetología	<input type="checkbox"/> Educación financiera	<input type="checkbox"/> Habilidades para la vida
<input type="checkbox"/> Educación financiera	<input type="checkbox"/> Barbería	<input type="checkbox"/> Desarrollo de la fuerza laboral	<input type="checkbox"/> Salud conductual
<input type="checkbox"/> Emprendimiento empresarial	<input type="checkbox"/> Salud conductual		
<input type="checkbox"/> Desarrollo de la fuerza laboral			

¿Hay algún miembro de la familia que necesite servicios que no se mencionen anteriormente? En caso afirmativo, explique:

Describe las preocupaciones que han llevado a solicitar servicios 2Gen:

Marque todo lo que corresponda:

- ☐ La familia tiene uno o más niños pequeños de 0 a 5 años.
- ☐ La familia tiene bajos ingresos o es económicamente vulnerable (por ejemplo, depende de SNAP, asistencia para la vivienda u otros beneficios públicos).
- ☐ Los padres están buscando educación, capacitación laboral o reingreso a la fuerza laboral (por ejemplo, inscritos en GED o programa de desarrollo de la fuerza laboral).
- ☐ La familia es de una comunidad desatendida o marginada (por ejemplo, familias de color, familias afectadas por el encarcelamiento o el cuidado de crianza, inmigrantes).
- ☐ La familia está involucrada en múltiples sistemas de atención (por ejemplo, recibir TANF, servicios de educación de la primera infancia y apoyo para la vivienda).
- ☐ La familia no tiene vivienda o está en riesgo.
- ☐ La familia está experimentando inseguridad alimentaria.

Formulario de referencia del programa 2Gen (2 generaciones)

Disponibilidad familiar:

Los mejores días para contactar a la familia: ☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes

Mejores momentos para contactar a la familia: ☐ Mañana ☐ Tarde ☐ Noche

Días en que la familia está disponible para servicios: ☐ Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐ Jueves ☐ Viernes

Horarios familiares disponibles para servicios: ☐ 9:00 am a 12:00 pm ☐ 2:00 pm a 5:00 pm

Firmas familiares:

Mi firma a continuación certifica que toda la información proporcionada en este formulario de referencia es precisa y completa a mi leal saber y entender.

Firma de los padres: _____ Fecha: _____

Firma del copadre (si corresponde): _____ Fecha: _____

Si usted es una familia que está completando este formulario, no es necesario que complete la sección a continuación.

Si usted está refiriendo a una familia, complete la sección a continuación.

Información de la fuente de referencia:

Nombre: _____ Relación con la familia/progenitores: _____

Nombre de la agencia: _____ Cargo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de oficina: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Certificación de fuente de referencia

Mi firma a continuación certifica que toda la información proporcionada en este formulario de referencia es precisa y completa a mi leal saber y entender. Mi firma a continuación certifica que estoy completando este formulario de referencia con el consentimiento de los padres / familia.

Firma de la fuente de referencia: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completo por correo electrónico a info7@fcyecenter.org.

Uso de oficina solo debajo	
Fecha recibida:	Firma del director:
Notas:	