



**Big Brothers Big Sisters**  
of Central Oregon

**Padre/Guardián Aplicación**

Nombre padre / tutor:	Nombre del niño:
Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:	Escuela:
Teléfono:            Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Relación con el niño:	Fecha de Nacimiento del Padre:
Fecha de nacimiento del joven:	Etnia Juventud de Género:
E-mail:	Padre / Guardian 's Origen étnico:
Número de personas en el hogar:	Ocupación:
Empleador:	Dirección: Ciudad: Estado: Código Postal:

¿Podemos llamarle a su trabajo?  Sí  No

Horas de trabajo: \_\_\_\_\_

La mejor manera de ponerse en contacto con: (celular, correo electrónico, etc) \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es la razón principal para querer que su hijo tenga un Big Brother/Big Sister

\_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su situación de vida?

- \_\_\_\_\_ Dos padres de los hogares
- Uno de los padres: \_\_\_ Mamá \_\_\_ Papá \_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otro pariente del niño
- \_\_\_\_\_ Hogar de Crianza
- \_\_\_\_\_ Grupo del Hogar
- \_\_\_\_\_ Otros:

3. ¿Su hijo tiene alguna condición médica que pueda afectar a él o ella al participar en actividades con un Big Brother/Big Sister? \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo recibe almuerzo gratis o a precio reducido en la escuela? \_\_\_\_\_
5. ¿Hay una persona que comparte la custodia de este niño? \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, ¿son conscientes de y de apoyo de la inscripción del niño en BBBS? \_\_\_\_\_
6. ¿El niño tiene un padre militar? Si es así, son activos, fallecido en cumplimiento del deber, Jubilado / Veteranos (Por favor marque uno)? En caso afirmativo, ¿están actualmente desplegados? \_\_\_\_\_
7. ¿Tiene su hijo un padre que está actualmente en la cárcel? \_\_\_\_\_
8. ¿Prevé cambios significativos en la vida durante el próximo año, o ha tenido usted alguno en el último año? \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para que mi hijo participe en el programa Big Brothers Big Sisters:**

I \_\_\_\_\_ (padres / tutor), por la presente doy permiso para que \_\_\_\_\_ (Niño) a participar en los Big Brothers Big Sisters (BBBS) de Central Oregon Programa. Tengo en cuenta la escuela para proporcionar información social y académico de mi hijo (ej. tarjetas de informes, registros de asistencia, informes de conducta) si es necesario. Como parte de este programa, doy mi consentimiento para que mi hijo hable, con un BBBS de Centroamérica caso de Oregon de los trabajadores, la información de seguridad personal que le dará sus habilidades en el abuso sexual la conciencia y el alcohol, el tabaco y la prevención de drogas. También estoy de acuerdo para completar los cuestionarios y que mi los niños completen cuestionarios sobre relaciones con los compañeros, los sentimientos acerca de la escuela, las expectativas educativas, los padres / las relaciones familiares, y sus actitudes hacia los comportamientos de riesgo.

Además, estoy de acuerdo en liberar BBBS de Oregon Central, sus miembros, el Comité Asesor, el personal, los voluntarios u otros grupos de apoyo de cualquier responsabilidad como resultado de mi hijo participe en las BBBS de Central Oregon programa, siempre y cuando este daño no es causado intencionalmente por BBBS de Oregon Central, sus miembros, de asesoramiento Comité, personal, voluntarios y otros grupos de apoyo.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted tiene alguna pregunta sobre este formulario o el proceso de solicitud, por favor llame a la oficina de Big Brothers Big Sisters en: 541-312-6047

**Las Relaciones Públicas y  
La Autorización de los Medios de Comunicación**

Por la presente autorizo a Big Brothers Big Sisters utilizar fotografías e historias Si / No sobre la participación de mi hijo como un hermanito o hermanita en los Big Brothers Big Sisters' de relaciones públicas y publicidad del programa. Yo, el padre o tutor, por la presente otorga y transfiere a Big Brothers Big Sisters todos los derechos, títulos e intereses sobre cualquier una de dall imágenes fotográficas y de video o grabaciones de audio realizadas por Big Brothers Big Sisters durante las actividades de los voluntarios.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre de Estudiante

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Big Brothers Big Sisters  
DEL CENTRO DE OREGON**

**Cliente Política de Confidencialidad y  
Consentimiento para la Evaluación Intercambio de Información**

**Política de Confidencialidad**

Información acerca de Big Brothers Big Sisters de Central Oregon clientes es confidencial. No hay información acerca de un joven puede ser divulgada a nadie fuera del programa sin el permiso escrito de los padres / tutores de los jóvenes. Los voluntarios que se corresponden con un niño están obligados a mantener toda la información recibida o aprendido acerca de un joven confidencial. Las siguientes razones son las únicas excepciones a esta la política:

- En una emergencia médica, el voluntario puede proporcionar información al personal médico que se ocupan de la emergencia (Formulario de Autorización de Tratamiento Médico por separado).
- Los mandatos del Estado de derecho que se sospecha de abuso infantil se informará a las autoridades competentes. Todo el personal y los voluntarios son BBBS obligados a reportar sospechas de abuso infantil.
- Los mandatos de las leyes estatales que se sospecha un daño o peligro para uno mismo u otro ser reportadas a las autoridades correspondientes. Todo el personal y BBBS los voluntarios están obligados a informar sospecha de daño o por un cliente.
- La información sólo se proporcionará a los agentes del orden público o ante los tribunales en virtud de una orden judicial válida y exigible.

Estoy de acuerdo en mantener la información discutido conmigo con respecto a un potencial (Big Brother, Big Sister, hermanito, hermanita) partido confidencial. No voy a discutir esta información con cualquier otra persona que el personal asignado profesional de los Big Brothers Big Sisters agencia.

**Evaluación y divulgación de información:**

Con el fin de garantizar una evaluación apropiada y un partido para mi hijo, yo \_\_\_\_\_ (padre / tutor) Por la presente autorizo BBBS de Oregon Central para llevar a cabo una evaluación completa y para compartir la información con los posibles voluntarios Big Brothers o Big Sisters y con miembros del Equipo de Servicio de la Juventud (miembros incluyen a los consejeros escolares y otros jóvenes profesionales al servicio de la agencia), y para obtener cualquier información de la evaluación anterior en \_\_\_\_\_ (cliente), con el fin de evaluar su / su necesidades, la coordinación con otros organismos y servicios apropiados, incluyendo la determinación de un partido con un mentor. Esta información consiste en de si estoy en la actualidad o que tienen en los servicios anteriores recibidas de otros organismos, un resumen general sobre el alcance de los servicios siempre a mí ya mi familia, y las recomendaciones para la evaluación adicional o servicios.

Si es necesario, yo también doy permiso BBBS personal para transportar a mi hijo.

He leído y entendido la Política de Confidencialidad anterior y evaluación y publicación de las declaraciones de la Información. Por la presente, Certifico que no tomará ninguna acción alguna contra Big Brothers Big Sisters de Central Oregon a causa de cualquier acto y / o el revelador de cualquier información durante o después de una evaluación completa. Renuncio a mi derecho a realizar cualquier reclamación como consecuencia del mismo, directamente o indirectamente.

---

Firma del padre / tutor

---

Fecha

**Big Brothers Big Sisters  
DEL CENTRO DE OREGON**

**Información Médica y Autorización para Tratamiento Médico de Emergencia**

Nombre del cliente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Peso del niño: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Tipo de sangre: \_\_\_\_\_

Las alergias u otras condiciones médicas o de información: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_ Plan/Grupo #: \_\_\_\_\_

Hospital de preferencia o tratamiento de emergencia: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (amigos o familiares): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

En el caso de una emergencia, yo autorizo a mi hijo el Gran Hermano o hermana mayor y / o Big Brothers Big Sisters de Central Oregon el personal para administrar los primeros auxilios y llevar a mi hijo al hospital más cercano, según corresponda. Además, autorizo atención médica de emergencia tratamiento para mi hijo.

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**BBBS Administrador de Casos: Elysia Kiyija      Teléfono: 541-312-6047**