

CCSO Formulario de Adhesión de Menores en Riesgo

Este formulario fue completado por: _____ Fecha de admisión: _____

Nombre: _____ M.I.: _____ Apellido/s: _____

Dirección: _____ Email: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Género: Masculino Femenino Edad _____ Fecha de nacimiento (Mes día año) _____

Altura: _____ Peso: _____ Cabello: _____ Color de los Ojos: _____

Etnicidad: Haitiano Hispano Jamaicano No Hispano

Race: Nativo de Alaska Indio Americano Asiático Negro Isleño del pacífico Blanco

Escuela: _____ Nivel de grado: _____ Número de estudiante: _____

Nombre del Padre / Guardián: _____ Relación con el joven: _____

Número de teléfono: _____ Numero de celular: _____ Teléfono del trabajo: _____

Estructura familiar:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Orfanato | <input type="checkbox"/> Vive con padre soltero | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Vive con no familiars | <input type="checkbox"/> Vive con madre soltera | <input type="checkbox"/> Vive con el padrastro |
| <input type="checkbox"/> Vive con familiars | <input type="checkbox"/> Vive con los dos padres | |

La juventud fue referida por:

- DCF DJJ Mismo o familia Escuela Poder Judicial o Fiscal del Estado
- Otro Departamento de Justicia Criminal (Not DJJ) Otros servicios sociales (No DCF) Otro: _____

Contrato de Participación de Padres

Estoy de acuerdo en _____ para participar en el programa de Prevención de Riesgos Juveniles. Acepto proporcionar transporte a todos los eventos, actividades y talleres relacionados con este programa. Acepto participar en todas las reuniones y talleres de padres asociados con o ofrecidos a través de este programa. Si no puedo asistir a un taller o sesión educativa, haré este componente durante el próximo taller disponible.

Estoy de acuerdo en cooperar con los diputados mentores sugeridas intervenciones y talleres educativos diseñados para ayudar a padres y niños en el aprendizaje y la aplicación de nuevas habilidades y herramientas.

Comprendo plenamente que como padre, mi cooperación es necesaria para lograr el éxito a través de este programa. Mi falta de participación en cualquier aspecto de este programa podría obstaculizar la efectividad de las herramientas y talleres proporcionados.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

EVALUACIÓN DE RIESGOS:*Basado en observaciones, entrevistas con el joven y representantes de la escuela del joven...*

ESCUELA	Asistencia	¿Ha faltado a 3 o más clases en los últimos 60 días?	___ Sí ___ No
		¿Vagabundante Habitual / Crónico (más de 15 ausencias en 90 días)?	___ Sí ___ No
		¿Actualmente suspendido?	___ Sí ___ No
	Comportamiento	¿Actualmente expulsado?	___ Sí ___ No
		¿Suspendido dentro del año escolar actual o anterior?	___ Sí ___ No
		¿Expulsado dentro del año escolar actual o anterior?	___ Sí ___ No
Académico	¿Desaprobó una o más clases en los últimos 6 meses?	___ Sí ___ No	
	¿Alguna vez se retrasó / suspendió un grado?	___ Sí ___ No	
	¿Problemas de aprendizaje o enfermedad mental? (ADD, ADHD, Dislexia, SED, EH, LD, etc.)	___ Sí ___ No	
FAMILIA	Padres	¿Padres / tutores tienen dificultad para controlar el comportamiento del joven?	___ Sí ___ No
		¿No tiene claros o no hay límites o reglas con respecto al comportamiento del joven?	___ Sí ___ No
	Historia	¿No puede indicar dónde y con quién el joven pasa el tiempo libre?	___ Sí ___ No
		Han documentado casos de abuso / negligencia con menores (Físico, emocional o sexual)?	___ Sí ___ No
		¿Evidencia física de abuso o negligencia con el joven?	___ Sí ___ No
	Influencia	¿Tuvo participación anterior o actual del DCF?	___ Sí ___ No
¿Padres, tutores o hermanos tienen antecedentes penales?		___ Sí ___ No	
ABUSO DE SUST.		¿Ha fumado 3 o más veces en los últimos 30 días?	___ Sí ___ No
		¿Consumió drogas / alcohol 3 o más veces en los últimos 30 días?	___ Sí ___ No
		¿Ha sido acusado de delitos relacionados con drogas?	___ Sí ___ No
COMPORTAMIENTO	Robando	¿Ha robado a la familia, a la casa o a los vecinos?	___ Sí ___ No
		¿Se ha escapado de casa una vez por un período extendido? (Un día o más)	___ Sí ___ No
	Corriendo Lejos	¿Se ha escapado de casa 3 o más veces en el pasado? (Habitual)	___ Sí ___ No
		¿Se admite o se sospecha que es miembro de una pandilla o participa en actividades de pandillas?	___ Sí ___ No
	Pandillas	¿Identificado por la policía como miembro de una pandilla?	___ Sí ___ No
		¿Está asociado con jóvenes involucrados con conducta grave, delincuente o esta registrado? ¿Alguna vez lo han arrestado?	___ Sí ___ No
SALUD MENTAL		¿Actualmente el joven recibe consejería de salud mental?	___ Sí ___ No
		¿Recibió el joven consejería de salud mental en el pasado?	___ Sí ___ No
		¿Alguna vez el joven ha sido Baker Acted?	___ Sí ___ No

Motivo de la remisión (por favor, especifique):
