



School-Based Family Packet

INDIVIDUAL STUDENT FORM

Nombre del niño(a) _____ Niño Niña

Fecha de nacimiento _____ Edad del niño(a) _____

Nombre del padre/madre o encargado _____

Nombre de la escuela del niño(a) _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código _____

Teléfono de la casa _____ Celular _____

Nombre de la persona que se murió (*más reciente*) _____

Relacionado con el estudiante como _____

Fecha de nacimiento del difunto _____ Fecha de la muerte _____

La Causa de la Muerte

<input type="checkbox"/> Alcol/Drogas	<input type="checkbox"/> Cancer (tipo: _____)
<input type="checkbox"/> Enfermedad/Ataque de Corazon	<input type="checkbox"/> Homicidio
<input type="checkbox"/> Accidente de carro	<input type="checkbox"/> Suicidio
<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> Otra (explique: _____)

Since the death of the student's loved one has the student experienced...

Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	un cambio del hogar?
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	un cambio en la escuela?
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	un cambio en las notas en la escuela?
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	divorcio, separaciones, o matrimonios en la familia?
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	los cambios de dormir?
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	pensamientos de suicidio o lastimarse a si mismo?

--- EI PERMISO PARA UN MENOR TOMAR PARTE EN los GRUPOS de APOYO de CASA de JUDI ---

Yo, _____, padre, madre, o guardián legal de _____, niño menor o adolescente, doy mi permiso para este niño/joven a tomar parte en los grupos de apoyo de Casa de Judi en la escuela de _____.

La información que platique mi niño será confidencial, sino como notado en el FORMULARIO DE SOLICITUD de la FAMILIA, el cual he firmado. Los coordinadores del grupo pueden compartir información general conmigo acerca de mi niño en su proceso de la pena.

Entiendo ese personal a veces recomienda la terapia individual para un niño. Ninguna terapia individual es proporcionada en la Casa de Judi.

Firma del Padre

Fecha

- - -INFORMACIÓN OPCIONAL- - -

Contestando las preguntas siguientes, nos ayudará Ud. con la información para evaluar, buscar finanzas, y seguir proporcionando los servicios a la comunidad. Gracias por su ayuda.

Raza de la familia, por favor cheque los que se apliquen:

- Americano Africano
- Asiático
- Hispano/Latino
- Middle Eastern
- Americano Indigino
- Blanca
- otra por favor explique _____

Religión de la Familia _____

Ingresos de la Familia

	Antes de la muerte	Después de la muerte
\$0 - \$11,999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$12,000 - \$23,999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$24,000 - \$35,999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$36,000 - \$47,999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$48,000 - \$59,999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$60,000 - \$71,999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$72,000 - \$83,999	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$84,000 - and above	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Numero de los miembros de la Familia antes de muerte _____ después de muerte _____

Idiomas hablado en la Casa

	Hablado principalmente en la casa.	También hablado en la casa.
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La muerte pasó por un crimen contra del difunto? Si No

Si "Si," en cual condado pasó el crimen? _____

Por favor marque la caja si la familia prefiere no contestar las preguntas:

Traiga por favor formas completadas al Trabajador(a) Social en la escuela de su niño(a).

Judi's House
Coordinador de Grupos Bilingües
1741 Gaylord St.
Denver, CO 80206

Teléfono: 720-941-0331
Fax: 720-941-0728