The MENTORING NETWORK Inc.
One Hour, A Week, Changes Lives.

P.O. Box 3696 ◆ Nampa, Idaho 83653
◆ 208.459.2844

www.MentoringNetworkID.org

Estimado Padre/Guardián:

Como parte del programa de The Mentoring Network, Inc. (antes conocido como el Proyecto de West Canyon Mentoring), la escuela de su hijo(a) está ofreciendo un programa de mentor de uno-a-uno a los estudiantes que tienen potencial de líder y potencial académico. Los mentores son adultos voluntarios de la comunidad que han verificado sus pasados personales y entrenados y cuales se juntan con los estudiantes por una hora a la semana durante las horas escolares o en actividades patrocinadas por la escuela. Solicitamos su permiso de incluir a su hijo(a) en el programa de mentor, porque creemos que él/ella podría beneficiarse de tal ayuda.

La información proporcionada por usted o la escuela de su hijo(a) será guardada confidencial.

Incluido encontrará varias formas. Por favor léalas cuidadosamente y proporcione la información solicitada. Las formas siguientes tienen que ser completadas, firmadas, y devueltas a la escuela de su hijo(a) dentro de una semana:

- Permiso para Participar
- Póliza de Confidencialidad
- Autorización para la Escuela para Dar Información
- Consentimiento para Compartir Información/Acuerdo para Proteger la Confidencialidad de la Información

Si usted tiene preguntas sobre el programa de The Mentoring Network, Inc. o de cualquiera de estas formas, favor de ponerse en contacto conmigo al (208) 459-2844. Tan pronto que todas las formas necesarias sean devueltas a la escuela de su hijo(a) el mentor se pondrá en contacto conmigo y ellos van a fijar un tiempo con usted y su hijo(a) para juntarse con el mentor y establecer su tiempo de mentor. Gracias por su ayuda.

Sinceramente,

Donna Shines
Directora

"Sirviendo los Distritos Escolares de Caldwell, Nampa, Homedale, Parma y Vallivue"

THE MENTORING NETWORK, INC.

PERMISO PARA PARTICIPAR

Nombre de Hijo(a): _____

(Primer, Medio, Último)

Raza/pertenencia étnica: _____

Nombre del Padre/Guardián: _____ Género del Hijo(a): ___ M ___ F

(Primer, Último)

Dirección: _____

(# de Apartado de Correo/Calle) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono: (casa) _____ (trabajo) _____
(mensaje) _____

Correo Electrónico: _____

(casa) (trabajo)

Mejor día/tiempo para comunicarse conmigo: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

Nombre / Relación / # de Teléfono

¿Ha tenido alguna vez su hijo(a) un mentor? ___ Sí ___ No

¿Su hijo(a) es elegible para recibir almuerzo gratis y reducido? ___ Sí ___ No

MIEMBROS DEL HOGAR

NOMBRE (incluya al estudiante de esta aplicación)	RELACIÓN AL ESTUDIANTE (por favor especifique)*	Edad

* madre, padre, hermano, hermana, padrastro, compañero(a) del padre, otro pariente, guardián, cuidado adoptivo temporal, etc.)

1. Fotos de mi hijo(a) pueden ser usadas para medios de publicidad del programa. __ SÍ __ NO

2. He hablado del programa con mi hijo(a) y él/ella quiere participar. **Concedo mi permiso** para que mi hijo/hija participar en el programa de The Mentoring Network, Inc.
3. Entiendo y estoy de acuerdo que no habrá ningún contacto entre mi hijo(a) y su mentor fuera del ambiente del programa escolar.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha:_____

OFFICE USE ONLY / SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Student ID: _____ Intake Date: _____ DOB: _____

Date of Match: _____

THE MENTORING NETWORK, INC.

POLÍZA DE CONFIDENCIALIDAD

ACCESO A ARCHIVOS CONFIDENCIALES

Para que el programa de The Mentoring Network, Inc pueda proporcionar servicios responsables y profesionales a los estudiantes, es necesario pedirles a los voluntarios, estudiantes, y padres/guardianes de los estudiantes de dar información personal sobre ellos y sus familias. El Programa respeta la confidencialidad de los archivos del voluntario y estudiante y, con excepción de situaciones puestas en una lista abajo, comparte la información sobre los estudiantes y voluntarios sólo entre el personal apropiado del Programa. El derecho a la confidencialidad se aplica no solamente a los archivos escritos y las conversaciones, sino también a vídeo, película, fotografías, o el uso de los nombres de los voluntarios o estudiantes en las publicaciones de la agencia.

Todos los archivos son considerados la propiedad del Programa y no de los trabajadores, estudiantes, padres/guardianes, o los mismos voluntarios. Para poder proporcionar un servicio cual es en el mejor interés de los estudiantes servidos por el Programa, la información de fuentes de afuera, incluso referencias confidenciales necesitan ser valoradas junto con la información obtenida de los estudiantes, padres/guardianes, o los mismos voluntarios. Los archivos no están disponibles para la revisión por los estudiantes, padres/guardianes, o voluntarios. Proporcionarán a los padres/guardianes y voluntarios en el momento de la aplicación una copia de esta declaración de confidencialidad junto con las excepciones, cual define los límites de la confidencialidad. Los padres/guardianes y los voluntarios firmarán una declaración de que él/ella ha leído y que entiende la póliza de confidencialidad del Programa y consiente en seguir las pautas que esto pone adelante.

LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD

1. La información será obtenida o dada a otros individuos u organizaciones sólo cuando se presente una forma de “Autorización de Dar Información" apropiadamente firmada por el padre/guardián o voluntario.

2. Información de identificación en cuanto a los estudiantes y voluntarios puede ser usada en publicaciones de la agencia o el material promocional sólo en caso de que el padre/guardián o el voluntario haya dado su permiso.

3. Para objetivos de evaluación del programa, auditoria, o acreditación, y con la aprobación previa del consejo de administración del programa de The Mentoring Network, Inc., ciertas organizaciones exteriores pueden tener el acceso a la información del estudiante y voluntario. Se requerirá que estas organizaciones exteriores respeten la póliza del Programa sobre la confidencialidad. Individuos de fuera serán requeridos de usar la información sólo para el/los objetivo(s) declarado(s) en la acción de aprobación del consejo de administración del programa de The Mentoring Network, Inc.

4. Una violación de la póliza de confidencialidad del Programa por un empleado será sujeto a acciones disciplinarias hasta e incluso la terminación de empleo.

(over)

5. La información sólo será proporcionada a policías o los tribunales de acuerdo con una citación válida y ejecutable.

6. La información sólo será proporcionada al asesor legal del Programa en caso de pleito o pleito potencial que implica el Programa. Tal información es considerada privilegiada, y su confidencialidad es protegida según la ley.

7. La ley estatal ordena que cualquier sospecha de abuso de niño sea reportado al Departamento de Salud y Bienestar y/o la policía. Todo el personal del Programa es responsable de estar al tanto de tales exigencias de reportaje de su jurisdicción respectiva y siempre cumplirá con procedimientos encomendados.

8. Si un trabajador del Programa recibe información que indica que un estudiante o voluntario pueden ser peligroso a él/ella o a otros, las medidas necesarias pueden ser tomadas para proteger al individuo apropiado. Este puede incluir una remisión médica o un informe a las autoridades.

He leído y entiendo el susodicho documento cual declara la póliza del programa de The Mentoring Network, Inc. con respecto a la confidencialidad de archivos de los voluntarios y estudiantes. Estoy de acuerdo con la participación del Programa bajo las condiciones que esto pone adelante.

Nombre Completo del Estudiante: _____

Nombre Completo del Padre/Guardián: _____

_____ _____

Firma de Padre/Guardián Fecha Firmada

THE MENTORING NETWORK, INC.

AUTORIZACIÓN PARA QUE LA ESCUELA PUEDA DAR INFORMACIÓN

Yo, _____, por este medio autorizo a _____
Padre / Guardián (imprima el nombre) (Nombre de la Escuela)

que comparta la información de mi hijo(a) contenida en los archivos de aquella organización con el/los individuo(s) o la(s) organización(es) cual es identificada abajo, pero sólo bajo las condiciones descritas aquí.

1. Nombre de persona(s) u organización(es) a quien se le va a revelar la información:

   The Mentoring Network, Inc. (antes conocido como el Proyecto de West Canyon Mentoring)

2. Información específica para ser revelada:

   Información demográfica.

   Información académica – calificaciones, asistencia, e información disciplinaria.

   Información sobre el involucramiento con la ley.

   Cualquier otra información pertinente.

3. Uso(s) específico(s) para la información solicitada:

   Asistir en determinación de elegibilidad para participación en el programa.

   Asistir en la determinación de como un mentor puede mejor satisfacer las necesidades del estudiante.

   Asistir en colección de datos para objetivos de evaluación nacional.

4. Entiendo que la información obtenida por el programa de The Mentoring Network, Inc. es guardada confidencial por el Programa, al grado proporcionado según la ley, y no será compartida con ninguna otra agencia sin la presentación de la forma de "Autorización para Compartir Información" apropiadamente firmada por mí.

5. Este consentimiento expirará en la fecha que mi hijo(a) termina su participación en el programa de The Mentoring Network, Inc.

_____ _____
Nombre del Estudiante (letra de molde por favor) Fecha de Nacimiento del Estudiante

_____ _____
Firma del Padre/Guardián Fecha Firmada

Esta forma de autorización para dar información del cliente está preparada conforme al Título 42 del Código de Regulaciones Federales, Parte II

THE MENTORING NETWORK, INC.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Yo, _____, entiendo que la siguiente
(Nombre del Padre/Guardián)
información sobre mi hijo(a) será compartida con un posible mentor adulto:

Edad, sexo, raza, religión, intereses/aficiones, características de personalidad, pasado personal de la familia, situación de familia y vivienda, necesidades académicas, razones por querer a un mentor, y cualquier circunstancia única.

Consiento a la revelación de esta información a un mentor potencial para mi hijo(a). Este consentimiento expira en la fecha que mi hijo(a) termine la participación en el programa de The Mentoring Network, Inc.

_____ _____

Firma del Padre/Guardián Fecha Firmada

ACUERDO PARA PROTEGER LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Yo, _____, entiendo que la siguiente
(Nombre del Padre/Guardián) información del posible
mentor será compartida conmigo:

Edad, sexo, raza, religión, intereses/aficiones, características de personalidad, estado civil, situación de familia y vivienda, estado de empleo, razón por querer ser un mentor, y por qué el individuo fue elegido para el emparejo en particular.

Consiento en guardar confidencial la información discutida conmigo en cuanto a un mentor. No hablaré de esta información con ninguna persona además del personal profesional adjudicado del programa de The Mentoring Network, Inc.

_____ _____

Firma del Padre/Guardián Fecha Firmada