

FORMULARIO DE REFERIMIENTO DEL PROGRAMA DE MENTORÍA DE SOBREVIVIENTES

Si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con Tina Valila: (617)659-4062 o [tvalila@jri.org.](mailto:tvalila@jri.org)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Su apellido:** | | **Su nombre:\*** | | | | **Fecha:** |
| **Fecha de nacimiento:** | **Género (marque uno con un círculo):**  **F M T Otro** | | | **Su raza o grupo étnico (marque uno con un círculo):** | | |
|  | **1) Blanco o caucásico 2) Hispano o latino** | | |
| **Colocación actual del joven:** | | | |
| **Nombre del programa (si corresponde):** | | | | **3) Afroamericano o negro 4) Asiático** | | |
| **Dirección:** | | | |  | | |
| **Nombre de la persona de contacto:** | | | | **5) Multirracial 6) Desconocido** | | |
| **Correo electrónico:**  **Teléfono:** | | | |  | | |
| **REFERIDO POR Nombre y título (se corresponde):** | | | | **Relación con el joven:** | | |
| **Agencia (si corresponde):** | | | | **Idioma principal que se habla en la casa del joven:** | | |
| **Teléfono:** | | | | **Correo electrónico:** | | |
| **¿El Departamento de Niños y Familias (DCF) interviene en el caso de menor? SÍ NO**  **Si contestó que sí, ¿de qué manera? CRA C&P Otra:** | | | | | | |
| **Nombre del trabajador del DCF:** | | | | **Oficina del DCF:** | | |
| **Teléfono:** | | | | **Correo electrónico:** | | |
| **Si usted no es parte del DCF, ¿se ha comunicado con el DCF acerca de este referimiento (si corresponde, antes de referirlo a los servicios)?: SÍ NO n/a** | | | | | | |
| **Si usted está con el DCF, ¿se ha contactado con la agencia líder (se corresponde, antes de referirlo a los servicios)?: SÍ NO n/a** | | | | | | |
| **¿El Departamento de Salud Mental (DMH, en inglés) interviene en el caso de menor? SÍ NO (Si contestó que sí, indique el lugar, el nombre y la dirección de correo electrónico del contacto)** | | | | | | |
| **Nombre del tutor legal:** | | | | | **Relación con el joven:** | |
| **Dirección:** | | | **Celular:** | | **Correo electrónico:** | |

***Pág. 1 de 2***

Indique la categoría que usted cree que describe mejor al joven que está refiriendo:

**Explotación sexual comercial confirmada del menor** *[el adulto sabe que el niño ha intercambiado sexo por dinero, comida, drogas, etc.]*

**Sospecha de explotación sexual comercial confirmada del menor** *[el adulto sospecha que el niño ha intercambiado sexo por dinero, comida, drogas, etc.]*

**Se considera el riesgo de explotación sexual comercial es muy alto** *[el menor ha demostrado indicadores múltiples de riesgo preocupantes para el adulto, por ejemplo, períodos de ausencia de los servicios de atención o fugas, dinero de origen incierto, intercambio de fotos explícitas, muchas enfermedades de transmisión sexual, etc.]*

Describa brevemente sus preocupaciones de explotación del menor que está refiriendo.

Yo, , tutor legal de , doy mi permiso

para que el personal de My Life My Choice se reúna y haga una evaluación de,

.

Firma Fecha

Nombre en letra de molde y título Relación con el menor

*Cuando refiera a un joven, escríbale a Tina Valila a* [*tvalila@jri.org*](mailto:tvalila@jri.org) *o llame al 617-779-2172(f)*

***Pág. 2 de 2*** *Rev. 1.10.23*