

**Santa Rosa Violence Prevention Partnership
(The Partnership)
Formulario de Solicitud y Remisión de Servicios**

Vea las instrucciones en la página 2

Datos de la Solicitud

Agencia que realiza la solicitud: _____ Fecha: _____	
Persona que realiza la solicitud: _____	
Teléfono: _____ EMAIL: _____	
Nombre de la persona remitida: _____ Padre/madre o tutor legal: _____ ¿Fue notificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección: _____ Teléfono: _____ EMAIL: _____ ¿La persona remitida desea recibir servicios?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El padre/la madre o tutor legal desea servicios para su <i>hijo(a)</i> ?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El padre/la madre o tutor legal desea servicios para su <i>familia</i> ?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Edad: ____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M ¿Habla inglés?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha De Nacimiento: _____ En casa se habla el idioma: _____ Escuela en la que estudia el/la joven: _____

Justificación de la Solicitud

<input type="checkbox"/> Afectado por las pandillas	<input type="checkbox"/> Bajos ingresos	<input type="checkbox"/> Consume drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> Mal comportamiento
<input type="checkbox"/> A veces no va a la escuela	<input type="checkbox"/> La policía lo ha detenido	<input type="checkbox"/> Bajo rendimiento académico	<input type="checkbox"/> Otra _____
<i>(Explique en resumen los servicios que necesita la persona remitida)</i>			

Resultado de la Remisión

Agencia _____ Fecha _____

Nota para las Agencias: Por favor diligencie el formulario y envíelo a The Partnership en un tiempo máximo de 2 semanas después de haberlo recibido.

Inscripción: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Esta sección debe completarla la agencia que acepta esta solicitud y remisión de servicios. Por favor describa aquí los servicios prestados, el resultado y cualquier remisión adicional a otras agencias dentro o fuera de The Partnership.)</i>

Distribución

Por favor envíe este formulario completo por e-mail o por fax a The Partnership en la Oficina del Gerente de la Ciudad de Santa Rosa:
e-mail: jgaren@srcity.org

Santa Rosa Violence Prevention Partnership (The Partnership) Formulario de Solicitud y Remisión de Servicios

INSTRUCCIONES

El propósito principal de este formulario de solicitud y remisión de servicios es proporcionar información para un proceso sencillo dirigido a los proveedores de servicios de *Santa Rosa Violence Prevention Partnership (The Partnership)* que trabajan para la prevención e intervención de la violencia juvenil y de pandillas. Aunque las agencias representadas en el Equipo Operativo de *The Partnership* son pocas, éstas tienen la capacidad de identificar la(s) agencia(s) de servicio más apropiada(s) dentro o fuera de *The Partnership*.

Este proceso de solicitud y remisión no está destinado para servicios de emergencia o atención inmediata sino para situaciones en las que una agencia o persona sabe de alguna persona o familia que necesita servicios relacionados con la prevención o intervención de la violencia juvenil y de pandillas.

Sección I – Datos de la Solicitud

Esta sección tiene dos partes y debe completarla la persona que realiza la solicitud; incluye información sobre la persona que realiza la solicitud y la persona remitida. Por favor asegúrese de incluir su número de teléfono y su email (dirección de correo electrónico) para poder contactarlo(a) en caso que se necesite información adicional o aclaraciones.

Proporcione toda la información sobre la persona remitida. Si la remisión es para una familia, proporcione el nombre del contacto principal y explique con detalles en la sección de **Justificación de la Solicitud**; proporcione un número de teléfono al que se pueda llamar a la persona durante horas laborales. Si la persona remitida es menor de edad, por favor indique el nombre del padre/madre o tutor y si el padre/madre o tutor ha sido notificado o no. También es útil saber si la persona remitida desea recibir los servicios y si el padre/la madre o tutor también desea servicios para su hijo(a) o para su familia. Indique si la persona habla un idioma distinto a inglés, para que se le proporcione los servicios de un intérprete.

Sección II – Justificación de la Solicitud

En esta sección seleccione la(s) opción(es) que describa(n) la(s) razón(es) por la(s) cual(es) Usted realiza la solicitud para la persona remitida. Asegúrese también de proporcionar un breve resumen de los servicios que se necesitan o las circunstancias que le hacen pensar que la persona o la familia necesita servicios de prevención o intervención para la violencia juvenil y de pandillas; por ejemplo: una familia está lidiando con una hija adolescente que se escapa de su casa con frecuencia y se relaciona con pandilleros conocidos; o una madre soltera de un adolescente encuentra el grafiti de pandillas en la habitación del joven y él, además, muestra señales de abuso de alcohol; o un adolescente o adulto joven que está actualmente involucrado en pandillas y está buscando ayuda para salir, que quiere capacitación para buscar y asegurar un trabajo. Lo principal es que la persona puede estar dando señales de estar en riesgo de participar en pandillas o en violencia, o que ya está involucrada en actividades de pandillas o actividades violentas de alto riesgo.

Sección III – Resultado de la Remisión

Esta sección es para el uso de la agencia que finalmente acepta la remisión de servicios. Por favor, asegúrese de incluir el nombre de la agencia; esto es importante especialmente cuando recibimos novedades de la remisión por fax después de haber iniciado el proceso. Para evaluar el éxito del proceso de remisión, la agencia debe indicar que aceptó la remisión, o que no tenía servicios adecuados disponibles dentro del Equipo Operativo de *The Partnership*. Si no había servicios disponibles y se realizó otra remisión a otra agencia fuera de *The Partnership*, indique el nombre de la agencia y el número de teléfono para que el representante del Equipo Operativo de *The Partnership* los contacte y haga el seguimiento respectivo; debe hacerse todo lo posible para garantizar que esa nueva agencia contacte a la persona o familia que necesita los servicios.

Sección IV – Distribución

Si Usted va a enviar este formulario a *The Partnership*, envíelo por email o por fax y asegúrese que las secciones **sombreadas** estén completamente diligenciadas según las instrucciones. *The Partnership* evaluará la solicitud, identificará los servicios disponibles y luego la enviará al Equipo Operativo de *The Partnership* u otras agencias. Si le interesa saber qué agencia va a trabajar con Usted, puede ponerse en contacto con el representante de *The Partnership* en la Oficina del Gerente de la Ciudad llamando al (707) 543-4681.