

SOLICITUD DE CAMP MARIPOSA® 2024 PARA JÓVENES

Gracias por su interés en inscribir o reinscribir a un joven en el programa Camp Mariposa®.

El Camp Mariposa es un programa anual de prevención de adicciones y de mentores para jóvenes de 9 a 12 años afectados por el trastorno por consumo de sustancias de un familiar. Todos los jóvenes y mentores se comprometen a participar en el programa durante un año asistiendo al menos a cuatro campamentos y actividades adicionales. Algunas sedes del Camp Mariposa (CM) también ofrecen campamentos de día o de noche para adolescentes de 13 a 17 años.

Camp Mariposa ha proporcionado servicios para jóvenes y familias durante más de quince años. Reconocemos que algunas preguntas de la solicitud pueden ser información sensible para que usted comparta y le agradecemos que nos proporcione la información necesaria. La información recopilada nos permite desarrollar un programa que beneficiará a todos los jóvenes y recopilará información demográfica importante. Si tiene preguntas sobre la solicitud, comuníquese con el Director del Programa del Camp Mariposa de su localidad.

Ubicación de interés de Camp Mariposa: _____

Programa de Camp Mariposa:

Campista (edades 9 a 12) Orientador juvenil Exalumno Adolescente

¿Cómo supo de Camp Mariposa?

Director/personal de CM Padre/madre/cuidador de CM Amigo
 Escuela: Trabajador social/administrador de casos Terapeuta
 Medios de comunicación social Sitio web de Eluna Otros: _____

Información del solicitante juvenil

Primer nombre: _____ Apellido: _____ Inicial del segundo: _____

Nombre preferido o apodo: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____ Edad: _____

Género: Femenino Masculino No conforme/no binario Prefiero autodescribirme: _____

Dirección de domicilio: _____ **N.º de apartamento o unidad:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

Talla de camiseta del solicitante juvenil: Talla del joven: XL

Talla de adulto: XS S M L XL 2X 3X

¿El solicitante se ha quedado alguna vez de noche fuera de su casa? Sí No

Usaremos la siguiente información para recopilar datos demográficos.

¿El solicitante juvenil reúne los requisitos para recibir o recibe almuerzo gratis en su escuela? Sí No

Raza o grupo étnico del solicitante: Africano/afroestadounidense Amerindio/nativo estadounidense

Asiático Hispano/latino Isleño del Pacífico Blanco/caucásico

Multirracial (marque todas las razas/etnias que corresponda) Autodescriba la raza/etnia: _____

¿El solicitante ha estado involucrado alguna vez con el sistema de justicia juvenil? Sí No

Marque todas las opciones que correspondan:

Arrestado Detención en un centro juvenil En régimen de libertad condicional

Comparecencia ante un tribunal Infracción menor (ejemplo: ausentismo escolar, fuga del hogar, ingobernabilidad)

Otro: _____

¿Se le han prestado servicios de esta organización alguna vez al solicitante juvenil? No

Actividades juveniles

¿El solicitante juvenil participa en alguna de las siguientes actividades fuera de este programa?

(marque todo lo que corresponda):

Actividades religiosas Deportes Club de Chicos y Chicas Niños o niñas exploradores/as

Actividades de la Asociación Cristiana de Jóvenes Hermanos o Hermanas Mayores Danza/teatro/artes 4H

Campamento de día Campamento nocturno Otro: _____

¿El solicitante recibe servicios de orientación en la actualidad? Sí No

Información sobre la familia del joven

El solicitante juvenil vive con (marque todo lo que corresponda):

- | | | | | |
|---|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre (biológica) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Madre adoptiva | <input type="checkbox"/> Madre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuela |
| <input type="checkbox"/> Padre (biológico) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Hermanastro(s) | <input type="checkbox"/> Primo(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) |
| <input type="checkbox"/> Personal o programa grupal y residencial | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Pariente del solicitante que haya tenido dificultades (pasadas o presentes) con el mal de la adicción (marque todo lo que corresponda):

- | | | | | |
|--|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre (biológica) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Madre adoptiva | <input type="checkbox"/> Madre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuela |
| <input type="checkbox"/> Padre (biológico) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Hermanastro(s) | <input type="checkbox"/> Primo(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Tío(s) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

Indique el tipo de sustancia con el que el pariente del solicitante ha tenido dificultades (marque todo lo que corresponda):

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Alucinógenos (LSD, fenciclidina [Phencyclidine, PCP], etc.) | <input type="checkbox"/> Estimulantes (cocaína, metanfetamina, Adderall, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Marihuana | <input type="checkbox"/> Opiáceos (heroína, fentanilo, oxycodona, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo | |

El solicitante tiene o tuvo un pariente o tutor en las fuerzas armadas (en el pasado o presente): Sí No

En caso afirmativo, indique todas las fuerzas a las que está afiliada su familia:

- | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ejército | <input type="checkbox"/> La Armada | <input type="checkbox"/> El Cuerpo de Marines | <input type="checkbox"/> Fuerza Aérea | <input type="checkbox"/> Guardia Nacional | <input type="checkbox"/> Guardia Costera | <input type="checkbox"/> Fuerza espacial |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--|--|

En caso afirmativo, indique la situación de su(s) pariente(s) con afiliación a las fuerzas armadas:

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Reserva | <input type="checkbox"/> Retirado / veterano |
|---------------------------------|----------------------------------|--|

En caso afirmativo, indique qué parientes están o estuvieron en las fuerzas armadas (marque todo lo que corresponda):

- | | | | | |
|--|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madre (biológica) | <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Madre adoptiva | <input type="checkbox"/> Madre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuela |
| <input type="checkbox"/> Padre (biológico) | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Padre adoptivo | <input type="checkbox"/> Padre de crianza temporal | <input type="checkbox"/> Abuelo |
| <input type="checkbox"/> Hermano(s) | <input type="checkbox"/> Hermanastro(s) | <input type="checkbox"/> Primo(s) | <input type="checkbox"/> Tía(s) | <input type="checkbox"/> Tíos |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | |

Antecedentes del solicitante juvenil

Reconocemos que las siguientes preguntas pueden representar información delicada, pero nos ayudarán a planificar y preparar un programa que beneficie a todos los jóvenes. En caso de que haya maltratos de algún tipo en la actualidad, el personal de Camp Mariposa tiene el deber y la obligación de hacer denuncias.

Salud mental

¿El solicitante o alguien de su familia ha sufrido problemas de salud mental? Sí No

En caso afirmativo. Indiqué quién tuvo esta experiencia (marque todo lo que corresponda):

- Solicitante Madre Padre Hermano/a
 Tío/tía Abuelo/a Primo/a Otro: _____

Maltrato o abandono

¿El solicitante sufrió maltratos? Sí No

En caso afirmativo, indique qué tipo de maltrato (marque todo lo que corresponda):

- Abuso emocional Abandono Físico:
 Sexual Verbal Otro: _____

Cuidado temporal / de parientes

¿El solicitante ha estado anteriormente en cuidado de familia temporal o cuidado de parientes? Sí No

En caso afirmativo, indique el estatus del solicitante en el sistema de cuidado de familia temporal o cuidado de parientes:

- ¿El solicitante ha estado anteriormente en cuidado de familia temporal o cuidado de parientes? En familia de cuidado temporal, pero en el proceso de reunirse con su familia
 Actualmente en cuidado de parientes/cuidado de familia temporal/acogimiento en grupo

Aflicción/pérdida

¿El solicitante ha sufrido aflicción o pérdidas, por ejemplo, por fallecimiento, separación o encarcelamiento? Sí No

En caso afirmativo, especifique:

Información de contacto del padre, madre o tutor

Primer nombre: _____ Apellidos: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Nombre preferido/apodo (si lo tiene): _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____

Género: Femenino Masculino No conforme/no binario Prefiero autodescribirme: _____

Dirección de domicilio _____ N.º de apartamento o unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico: _____

Relación con el solicitante: _____

Contactos de emergencia

Incluya a dos personas aparte de usted con quienes podamos comunicarnos en caso de una emergencia en el campamento.

Contacto de emergencia n.º 1

Nombre: _____ Relación con el solicitante: _____

Número de teléfono preferido: _____ Tipo de teléfono: Celular Tel. de vivienda

Emergencia Contacto n.º 2

Nombre: _____ Relación con el menor: _____

Número de teléfono preferido: _____ Tipo de teléfono: Celular Tel. de vivienda

Información adicional sobre el solicitante

Incluya cualquier necesidad especial o dificultades físicas que tenga el solicitante:

Díganos que significaría para el solicitante la participación en el programa de Camp Mariposa:

Incluya algunos pasatiempos o intereses que tenga el solicitante:

Constancia

- Entiendo que Camp Mariposa es un programa de un año de duración. Haremos todo lo posible para garantizar que mi solicitante asiste a cada campamento los fines de semana y a la mayoría de las actividades sociales que tendrán lugar durante el año próximo.
- Por la presente certifico que la información facilitada en este formulario es veraz y completa. Eximo de responsabilidad a cualquier persona o a esta organización que dé, reciba, o utilice dicha información en la toma de decisiones con respecto a la inscripción de mi hijo/joven en el Camp Mariposa.

Firma del padre, de la madre o del tutor legal: _____

Fecha (mm/dd/aa): _____