



**YMCA CHILDCARE RESOURCE SERVICE**  
Solicitud de Servicios de Comportamiento

Gracias por tomarse el tiempo de solicitar Servicios de Comportamiento del YMCA. Sabemos que solicitar servicios puede ser complicado por muchas razones, pero estamos contentos de que haya decidido conectarse con nosotros. Esperamos que se tome el tiempo de llenar el siguiente formulario para asegurarnos de que vamos a conectarlo con el servicio que mejor cumpla con sus necesidades. Después de completar el formulario, por favor envíelo al correo electrónico [crsbehaviorsupport@ymcasd.org](mailto:crsbehaviorsupport@ymcasd.org). Si tiene preguntas o alguna preocupación, por favor llámenos al teléfono **619-521-3055**

**Agencia de referencia/Programa de referencia**

Nombre del contacto:  
Número de teléfono:

Nombre del contacto:  
Número de teléfono:

**Información de la Familia:**

Nombre del adulto:  
Dirección:  
Idioma de preferencia:  
Correo electrónico:  
Nombre del menor:  
¿Cómo supo de nosotros?:

Relación con el menor:  
Ciudad/ código postal:  
Teléfono:  
Teléfono adicional:  
Fecha de nacimiento del menor:

Uno de los principales objetivos de nuestro programa es poderlo referir al mejor programa desde el primer contacto. Empezamos por colaborar con usted y recolectar información de su parte para determinar en donde le gustaría empezar. Las siguientes preguntas nos van a ayudar a entender mejor sus necesidades y así asegurarnos de que estamos conectándolo con el apoyo y servicios apropiados para usted.

**Por favor indique la razón(es) de esta referencia (marque todas la que apliquen)**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agresión/enojo       | <input type="checkbox"/> Habla o lenguaje          | <input type="checkbox"/> Preocupación familiar                    | <input type="checkbox"/> Cambios de comportamiento drástico |
| <input type="checkbox"/> Regulación emocional | <input type="checkbox"/> No sigue las expectativas | <input type="checkbox"/> Habilidades sociales/interacciones       | <input type="checkbox"/> Pérdida/duelo                      |
| <input type="checkbox"/> Nervios/ansiedad     | <input type="checkbox"/> Dificultad de atención    | <input type="checkbox"/> Miedos/preocupaciones                    | <input type="checkbox"/> Retraído                           |
| <input type="checkbox"/> Autoestima           | <input type="checkbox"/> Mucha energía/actividad   | <input type="checkbox"/> Preocupación de aprendizaje o desarrollo | <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa)          |

**Por favor marque sus respuestas:**

1. ¿Su principal preocupación de comportamiento del menor es en la escuela, en el hogar o en ambos?	<input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Hogar
2. ¿Su niño/a está actualmente registrado en una guardería o preescolar o programa de después de escuela?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3. ¿Le han pedido recoger a su niño/a temprano en las últimas 2 – 3 semanas debido a su comportamiento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4. ¿Su niño/a o familia está recibiendo algún servicio de consejería o apoyo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5. ¿Su niño/a ha sido evaluado y/o diagnosticado con algún retraso en su desarrollo o necesidad especial?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6. ¿El menor ha tenido o tiene un plan educacional individualizado (IEP), un plan de servicio individualizado familiar (IFSP), o un plan 504?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. ¿Está usted afiliado con Servicios de Apoyo Familiares, el departamento que maneja pagos alternativos? (familia o proveedor).	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Hay alguna información adicional que le gustaría compartir con nosotros?

**Por favor marque su respuesta:**

En los últimos 6 meses, ¿Qué tan seguido ha tenido dificultad para pagar su renta, utilidades, guardería, comida, transporte, cuidados médicos, etc.?

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Casi nunca	<input type="checkbox"/> Nunca
Basado en la tabla de abajo, identifique que tipo de familia se parece a la suya. El tamaño de la familia incluye a cada individuo que vive en su residencia.				
<input type="checkbox"/> Familia de 2 \$5,937	<input type="checkbox"/> Familia de 3 \$7,451	<input type="checkbox"/> Familia de 4 \$9,605	<input type="checkbox"/> Familia de 5 \$11,289	<input type="checkbox"/> Familia de 6+ \$12,939

Utilizando la lista de ingreso asociado al número de personas en su hogar (ver arriba), indique si su familia está por debajo, en el promedio o superior del nivel de ingresos mensuales. Los ingresos mensuales incluyen todo aquel ingreso que recibe su familia.

<input type="checkbox"/> Debajo	<input type="checkbox"/> Promedio	<input type="checkbox"/> Superior
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Al llenar esta solicitud, autorizo al YMCA de Childcare Resource Services contactarme en referencia al menor listado en el formulario de arriba con el propósito de recibir o solicitar servicios. Entiendo que esta autorización incluye intercambiar la información mencionada en este formulario ya que es necesario para coordinar esta referencia. El completar este formulario no garantiza servicios, su intención es solicitar información de los programas aplicables.