

PROGRAMA DE POSIBILIDADES

Formulario de Referencia 2023-2024

Referencia Familiar (Parte 2)

¿Qué es el Programa de Posibilidades?

El Programa de Posibilidades es una colaboración entre TST BOCES y Racker. El programa brinda apoyo a estudiantes y familias en casos de crisis, trauma, o transiciones difíciles que requieren apoyos adicionales para la familia y el distrito escolar. El programa se compromete a brindar este apoyo a las escuelas, las familias y los estudiantes en los grados K-12 a través de un innovador sistema de atención.

El equipo del programa cuenta con trabajadores sociales clínicos licenciados, profesores y especialistas en desarrollo juvenil.

¿Quién califica para recibir apoyo? ¿Cómo podemos obtener los servicios del programa?

Los recursos del programa se ofrecen a los distritos participantes en la región de TST BOCES. Tanto los estudiantes de educación general como los estudiantes de educación especial son elegibles. La referencia para el apoyo estudiantil debe pasar por la escuela del estudiante. La familia y la escuela deben completar la referencia para que se empiece el proceso.

¿Qué podemos esperar cuando mi distrito escolar refiere a mi hijo/hija al programa?

La referencia será enviada a nuestra directora, quien la revisará y se comunicará con su familia y su escuela para que ambas la revisen. Juntos empezarán a determinar qué tipo de apoyo puedan necesitar su hijo/hija, su familia y la escuela, y si su familia desea obtener algunos de los servicios de apoyo disponibles.

Les enviaremos un paquete de consentimiento para que lo repasen en familia. Cuando nos devuelvan el paquete de consentimiento firmado, uno de nuestros especialistas será asignado al caso para trabajar con su familia.

Generalmente recibirán una llamada del programa una semana después de que la escuela refiera a su hijo/hija al programa. Cuando recibamos las firmas de consentimiento, un especialista se pondrá en contacto con su familia dentro de dos días para citar una reunión inicial a su conveniencia en el lugar de su elección.

¿Qué tan involucrada estará mi familia?

Las familias están en el centro de nuestro trabajo y su participación es importante para el éxito de su hijo/hija.

Ustedes estarán involucrados desde el principio. Esto es 100% voluntario. Pueden retirarse del programa o pedir que se detengan los servicios en cualquier momento. ¡Estamos aquí para ayudarlos!

¿Cómo aprendemos más del programa?

Si quieren saber más del programa o tienen preguntas, póngase en contacto con Cathryn Seller, la Directora del Programa de Posibilidades, por correo electrónico (cathryns@racker.org) o por teléfono (607-257-1551 ext. 5046).

Entiendo lo que significa para mi hijo/hija y familia participar en el Programa de Posibilidades.

Firma

Fecha



PROGRAMA DE POSSIBILIDADES

Formulario de Referencia 2023-2024
Referencia Familiar (Parte 2) Continuada

Por favor conteste todas las preguntas para que podamos apoyar mejor a su hijo/hija y familia.

Fecha de hoy:	
Nombre legal del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Nombre preferido del estudiante:	Pronombres del estudiante:
Escuela del estudiante:	Grado del estudiante:
Raza/etnia del estudiante:	Identidad de género del estudiante:

Padres/Tutores:	Número de teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:
Forma de contacto preferida:	<input type="checkbox"/> Llamada de teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico
Idioma principal:	Día/hora preferido/a para contactarme:

Padres/Tutores:	Número de teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:
Forma de contacto preferida:	<input type="checkbox"/> Llamada de teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico
Idioma principal:	Día/hora preferido/a para contactarme:

Contacto de emergencia:	
Número de teléfono:	Relación con estudiante:

Por favor identifique a algún otro adulto que usted considere ser una fuente adicional de apoyo para su hijo/hija (este adulto puede ser de la comunidad o de la escuela).

Nombre y Relación:

Nombre y Relación:

Atributos Positivos del Estudiante

(Las áreas de la vida del estudiante en las que su vida cotidiana no se vea afectada)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> El entorno académico | <input type="checkbox"/> Aceptar responsabilidad |
| <input type="checkbox"/> Formar relaciones positivas con los compañeros | <input type="checkbox"/> Honestidad |
| <input type="checkbox"/> Formar relaciones positivas con adultos | <input type="checkbox"/> Sentido de humor |
| <input type="checkbox"/> Empatía | <input type="checkbox"/> Aceptar consecuencias |
| <input type="checkbox"/> Fuerte sistema de valores | <input type="checkbox"/> Alta autoestima |
| <input type="checkbox"/> Seguir las reglas de la casa | <input type="checkbox"/> Involucrado/a con actividades |
- extracurriculares
- Otros atributos positivos (por favor escribirlos) (por favor escribir las)

Comentarios Adicionales:

Desafíos Actuales del Estudiante

(Las áreas de la vida del estudiante en las que su vida cotidiana sí se ve afectada negativamente)

Comportamiento

- Historia de suspensión o expulsión de la escuela
- Agresión verbal de
- Comportamientos sexuales
- Impulsivo/a
- Introverso/a o antisocial
- Estresado/a
- Hiperactivo/a
- Consumo de alcohol/drogas
- Autolesión
- Ideación suicida

Casa

- Muerte/Pérdida
- Separación
- Divorcio
- Conflicto
- Trauma
- Relaciones familiares o escolares
- Hospitalización psiquiátrica reciente

Escuela

- Progreso académico
- Habilidades de organización
- Relaciones con los compañeros
- Relaciones con personas de autoridad
- Atención
- Asistencia
- Es estudiante nuevo

Emocional

- Triste
- Ansioso/a
- Cambios de humor
- Miedoso/a
-
- Nervioso/a
- Aislado/a
- Solitario/a

¿Cuánto tiempo llevan presentes estas preocupaciones?

- 1-4 semanas 1-3 meses 3-6 meses 6-12 meses 1 año o más

Comentarios Adicionales:

Por favor identifique las ocasiones específicas en las que estas preocupaciones no impidan la vida cotidiana del estudiante:



Apoyos Comunitarios (por favor lea la nota de abajo)*

Mi hijo/hija participa en terapia de salud mental: Sí No

Si participa, mi hijo/hija asiste:

- Tompkins County Mental Health Clinic
- Servicios de Familia y Niños
- Una clínica privada
- Mental Health Association of Tompkins County
- Seneca County Mental Health

Otras agencias que apoyan a mi hijo/hija y familia:

- DSS (CPS or Preventive Services)
- Ithaca Youth Bureau
- Southside Community Center
- The Village at Ithaca
- PINS (Person in Need of Supervision)
- DAP (Dispositional Alternatives Program)
- Drug and Alcohol Program
- GIAC (Greater Ithaca Activities Center)
- Otra:

RENUNCIA DE INFORMACIÓN:

Yo doy permiso para que mi hijo/hija sea referido al Programa de Posibilidades y que la escuela que lo/la refiere comparta información con el personal del Programa de Posibilidades.

Entiendo que el personal del programa puede llegar a observar a mi hijo/hija en su escuela y hablar con personal de la escuela.

Entiendo que algunos de los registros académicos que pueden ser enviados al programa incluyen:

- Plan de IEP/504*
- Expediente académico del estudiante*
- Registro de disciplina del estudiante*
- Registro de asistencia escolar*
- Horario académico del estudiante*
- Evaluación psicológica*

Nombre del Padre/Tutor:	Fecha:
Escribir:	
Firmar:	

*Cuando usted esté inscrito en el programa, es posible que le pidamos que firme una Renuncia de Información para que podamos contactar otros apoyos comunitarios y proveedores.

Antes de que se inscriba, nosotros NO VAMOS a comunicarnos con nadie, sino con el distrito escolar, hasta que obtengamos su consentimiento escrito.

