*Fecha de Entrenamiento:*

*Entrenador:*



**Escojo el Condado:**

**Greenville: \_\_\_\_\_\_**

**Anderson: \_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Raza/Origen Étnico:**  *Indio Americano Asiático Americano Afroamericano*

*Hispanic o Latino Hawaiano/Isleño del Pacifico Blanco o Caucásico No Revelado*

**Género:**  *Femenino Masculino* **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Estado Civil: Divorciado Casado Solo**

**Los Edades de los Niños en su Hogar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ciudad**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono de la Casa:** \_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección del Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** T**ítulo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Longitud de su Trabajo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nombre de Supervisor:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha usted o cualquier otro en su hogar ha sido convicto de un crimen (incluyendo el maltrato infantil o abuso sexual)? Si afirmativo, explica los detalles: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Utiliza drogas ilegales? \_\_\_\_\_\_\_

¿Utiliza alcohol o usa sustancias controladas de una manera excesiva o inapropiada? \_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está en tratamiento para abuso de sustancias?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno mental grave (por ejemplo: esquizofrenia, trastorno bipolar, etcétera) o ha sido hospitalizado por un trastorno mental grave en los últimos tres años? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Preferencia de Escuela o Lugar**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Escanee y Envíe por Correo Electrónico el Solicitud Completado a:**

**Mentor Upstate,**

**info@mentorupstate.org**

**Información del Mentor**

 ¿Por qué desea ser un mentor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Durante el año escolar, puede quedarse con un niño durante un mínimo de 30 minutos por semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Ha tenido experiencia previa de voluntario o trabajador con jóvenes? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Cómo describiría usted a si mismo como una persona? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de actividades le gusta más? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Qué espera ganar de una experiencia de ser un mentor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo fue su niñez? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo es el mejor tiempo para juntarse con su mentee? Marque todo que se apliquen:

Durante el desayuno 7:15-7:45 am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Durante el almuerzo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor de circular los días de la semana que trabaja mejor por usted para juntarse con su mentee:

Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes

Por favor de circular los tiempos de almuerzo cuando puede juntarse con su mentee:

10:30-11:00 11:00-11:30 11:30-12:00 12:00-12:30 12:30-1:00 1:00-1:30

¿Tiene hobbies o habilidades especiales? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prefiere ser emparejado con un niño de una específica: (por favor de circular el):

Nivel del grado: si no

Etnicidad: si no

 ¿Puede hablar otros idiomas? si no ¿Si puede, cuáles son? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor de marcar todas las actividades que le interesa:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Bicicleta  |  | Acampada |  | Ciencia |  | Cocinando |  | Leyendo |  | Biblioteca |
|  | Andando |  | Navegando |  | Música |  | Corriendo |  | Futbol  |  | Películas |
|  | Golf |  | Natación |  | Jardinería |  | Parque |  | Béisbol |  | Ir de Compras |
|  | Pescando |  | Animales |  | Comiendo |  | Juegos de Mesa |  | Arte |  | Basquetbol |

Otras Actividades: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Referencias Personales:**

Por favor nota los nombres, direcciones y números de teléfono de dos personas que usted quisiera utilizar como referencias de caracteres. Por favor incluya gente única en su lista que usted ha conocido por más de un año y que NO son miembros de su familia.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Como le Conozca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Como le Conozca: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor lea este antes de firmar:**

Nuestro programa le agradece su interés en ser un mentor. Al firmar a continuación, usted da fe de la veracidad de toda la información que aparece en esta aplicación. Usted se compromete a permitir que nuestro programa confirmar toda la información a que se refiere y para llevar a cabo el gobierno estatal y el gobierno federal comprobación de sus antecedentes penales.

Estoy de acuerdo a:

* Hacer un compromiso de un año para ser un mentor.
* Hacer un contacto semanal con mi mentee/cumplen 2-4 horas al mes
* Estar a tiempo para las reuniones programadas o llamar al supervisor de sitio a lo menos 2 horas antes si soy incapaz de hacer una reunión.
* Informar la Coordinadora del programa de las dificultades o las áreas de interés que puedan surgir en la relación con la mentee.
* Participar en el final cuando llegue ese momento.
* Entiendo que cualquier contacto fuera del campus con mi mentee está fuera del alcance de Mentor ‘Upstate’ y el Sistema Escolar del Condado y puede pasar sólo por el mutuo consenso de lo mentor, mentee y sus padres.

Entiendo que esta información será guardada en archivos confidenciales a que sólo pueden tener acceso el Consejero y/o el Coordinador de los Mentors

Además, entiendo que mi información general será compartida con un estudiante prospectivo para ayudar en la determinación de una relación conveniente. Y entiendo que cuando el mentee es escogido, mi identidad y cualquier información general que me conocida pueden ser compartidas con el mentee y su padre/tutor para asegurar y ayudar a facilitar una relación de encuentro seguro y exitoso. No se compartirá mi información de contacto (lugar de trabajo, correo electrónico, dirección, número de teléfono) por Mentor ‘Upstate’.

Su Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_