

FAMILY SAFETY PLAN FOR:

(name of child/nombre del niño/a)

PLAN PARA LA SEGURIDAD FAMILIAR

FAMILY SAFETY PLAN



Use este formulario para apuntar información importante sobre su hijo/a. Si tiene más de un hijo, tiene que usar un nuevo formulario para cada hijo. Esto significa que va a tener que apuntar información más de una vez.

Use this form to write down important information about your child. If you have more than one child, you need to use a new form for each child. This means you may need to write down information more than one time.

Un plan completo incluye las siguientes secciones:

(A full family safety plan includes the following sections)

(1) Hoja de Contacto de Emergencia para Personas Aparte del Cuidador Preferido

Emergency Contact Sheet for People Other than Preferred Caregiver



(2) Información médica

Medical information

(3) Información de la escuela, iglesia, y otras actividades

School, Church, and Activities Information



(4) Información útil que debe saber

Helpful Things to Know

(5) Información sobre el cuidador preferido

Information About Preferred Caregiver



(6) Información de contacto de amigos/vecinos

Family and Neighbors Contact Information

(7) Documentos de Seguridad Familiar Que Usted Firmó o Reunió

Family Safety Documents You Signed or Gathered.

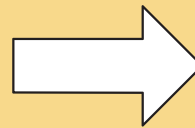


(8) Hoja de Contacto de Emergencia para el/la Cuidador/a Preferido/a

Emergency Contact Sheet for Preferred Caregiver

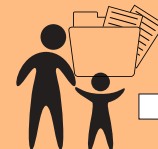
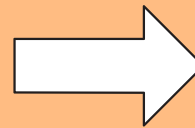
Después de que escriba sus respuestas, ponga una copia de las secciones 1 a 6 en la mochila de su hijo.

After you write down your answers, put a copy of sections 1-6 in your child's backpack.



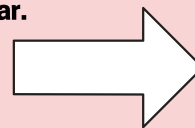
Entregue una copia de la sección 8 a su cuidador preferido y dígalos donde encontrar su carpeta de seguridad familiar.

Give a copy of section 8 to your preferred caregiver, and let them know where to find your family safety folder.



Ponga las secciones 1 a 8 en su carpeta de plástico de seguridad familiar.

Put sections 1-8 in your plastic family safety folder.



**HOJA DE CONTACTO DE EMERGENCIA PARA PERSONAS APARTE DEL CUIDADOR PREFERIDO
EMERGENCY CONTACT SHEET FOR PEOPLE OTHER THAN PREFERRED CAREGIVER**



**NIÑOS/AS DEBEN DE GUARDAR ESTE FORMULARIO EN SUS MOCHILAS.
CHILD, PLEASE KEEP THIS FORM IN YOUR BACKPACK.**

(PARA PADRES COMPLETANDO ESTE FORMULARIO: Si tiene menos hijos que los espacios abajo, tache los espacios vacíos. Si tiene más hijos que los espacios abajo, escriba su información en el otro lado de esta página).
(TO PARENTS FILLING OUT THIS FORM: If you have fewer children than listed below, please cross off the blank spaces. If you have more children than listed below, write their information on the other side of this page).

Querido (Dear): _____
Si usted se entera de que yo he estado detenido, llame de inmediato a mi cuidador preferido:
If you learn that I have been taken into custody, immediately call my preferred caregiver:

_____ (nombre de cuidador preferido - name of preferred caregiver) #de teléfono de cuidador preferido - # of preferred caregiver)
para avisarle de que yo he estado detenido. Si no puede contactar a mi cuidador preferido, por favor vaya a recoger a mis hijos de inmediato. Si no están en casa o en la escuela, tal vez están:
to let them know that I have been taken into custody. If you cannot reach my preferred caregiver, please get my children right away. If they are not at home or school, they may be:

Favor de contactar también a (please also contact): _____
(nombres y números de teléfono), quien también tal vez podría ayudar con mis hijos/(names and phone numbers) who also might be available to help with my children.

Si no puede encontrar a mis hijos, contacte al Número directo, gratuito y 24 horas al día del Servicio de Protección de Niños del Departamento de Servicios Humanos de Maryland, 800-332-6347. Dígalos los nombres de mis hijos, sus fechas de nacimiento y el nombre y número de teléfono de usted, o el nombre y número de teléfono de otras personas que tal vez pueden cuidar de mis hijos.
If my children cannot be located, contact the Maryland Department of Human Services Child Protective Services' 24 hour, toll-free Hotline, 800-332-6347. Tell them the names of my children, their birth dates, and your name and phone number or the name and phone number of other persons who may be able to care for my children.

Lo que sigue contiene los nombres completos de mis hijos, sus fechas de nacimiento y el nombre, número de teléfono y dirección de o su escuela o su proveedor de guardería. Más información se encuentra en el resto de este paquete.
The following contains the full name of my children, their dates of birth, and the name, phone number, and address of either their school or daycare provider. More information can be found earlier on in this packet.

Nombre Legal Complete de Hijo #1 /Full Legal Name of Child #1:

Fecha de Nacimiento:
DOB:

Nombre de su escuela o proveedor de guardería/Name of their school or daycare provider:

Dirección/Street Address:

Ciudad/City: **Estado/State:** **Código Postal/Zip:** **# de Teléfono/Phone:**

Nombre Legal Complete de Hijo #2 /Full Legal Name of Child #2:

Fecha de Nacimiento:
DOB:

Nombre de su escuela o proveedor de guardería/Name of their school or daycare provider:

Dirección/Street Address:

Ciudad/City: **Estado/State:** **Código Postal/Zip:** **# de Teléfono/Phone:**

Nombre Legal Complete de Hijo #3 /Full Legal Name of Child #3:

Fecha de Nacimiento:
DOB:

Nombre de su escuela o proveedor de guardería/Name of their school or daycare provider:

Dirección/Street Address:


Ciudad/City: **Estado/State:** **Código Postal/Zip:** **# de Teléfono/Phone:**

Un plan completo incluye las siguientes secciones/A full family safety plan includes the following sections:

 **(1) Hoja de Contacto de Emergencia para Personas Aparte del Cuidador Preferido/ Emergency Contact Sheet for People Other than Preferred Caregiver**

 **(2) Información médica**
Medical information

 **(3) Información de la escuela, iglesia, y otras actividades**
School, Church, and activities Information

 **(4) Información útil que debe saber**
Helpful Things to Know

 **(5) Información sobre el cuidador preferido**
Information About Preferred Caregiver

 **(6) Información de contacto de amigos/vecinos**
Family and Neighbors Contact Information



INFORMACIÓN MÉDICA - MEDICAL INFORMATION

Información de Seguro de Salud:

Health Insurance Information:

**Nombre del Doctor Primario
o Centro Médico:**

Name of Primary
Doctor or Medical Practice:

Dirección y Número de Teléfono:

Address & Telephone Number:

Fecha del Último Examen Físico:

Date of Last Physical Exam:

**Nombre(s) de Medicamentos
que toma el Niño:**

Name of Medications taken by Child:



Razón por el Medicamento:

Reason for the Medication:

Dosis y Frecuencia:

Dose & Frequency:



**Alergias a Comida o Medicamentos,
Alergias Estacionales:**

Allergies to Food or Medication,
Seasonal Allergies:

**Enfermedades Comunes o Condiciones Médicas
del Niño (infecciones del oído, alergias, etc.) y
tratamiento:**

(Frequent Illness or Medical Conditions of Child, such as
ear infections, allergies, etc. and treatment):



Nombre del Dentista o Centro Dental

Name of Dentist or Dental Practice:

Dirección y Número de Teléfono:

Address and Phone Number:

**Fecha del Último Examen
Dental:**

Date of Last Dental Exam:

Tratamiento Dental En Curso:

Ongoing Dental Treatment:



**Nombre del Doctor de Ojo, o Centro Médico, si
aplicable:**

Name of Eye Doctor or Practice, if any:

¿Usa lentes? Sí/No:

Wears glasses? Yes/ No:



INFORMACIÓN DE LA ESCUELA - SCHOOL INFORMATION

Asegúrese de que el cuidador designado y contactos de emergencia estén en la lista de personas autorizadas para recoger a sus hijos de la escuela y otras actividades.

Make sure that designated caretaker and emergency contact are on the list of people authorized to pick up your children from school or other activities.

Nombre de la Escuela:

School Name:

Dirección/Street Address:

Ciudad/City:

Estado/State:

Código Postal/Zip:

Número de Teléfono/Phone:

Grado del Niño:

Child's Grade:

Nombre del Maestro o Consejero:

Name of Teacher or Guidance Counselor:

(Para niños en la primaria, escriba el nombre de su maestro. Para niños en la media y la secundaria, escriba el nombre de su consejero.)

(Children in elementary school should write the name of their teacher. Children in middle or secondary school should write their guidance counselor.)



Servicios de Educación Especial o Lenguaje, si aplicable:

Special Educational or Language Services, if any:

Si su hijo tiene un Plan Individualizado de Educación, adjunte una copia a este formulario.

If your child has an Individualized Educational Plan (IEP), attach a copy to this form.



Medicamentos que su Hijo Recibe en la Escuela, si aplicable:

Medications Child Receives at School, if any:

Frecuencia del Medicamento:

Frequency of Medication:



INFORMACIÓN DE ACTIVIDADES - ACTIVITY INFORMATION

Actividades durante la Semana/Fin de Semana:

Escriba la actividad (p. ej. música, deporte, baile, iglesia, etc.), la hora, la dirección y el número de teléfono.

Week/weekend activities:

Write the activity (e.g., music, sports, dance, church group, etc.), time, address, and phone number.

**Lunes
(Monday):**

**Martes
(Tuesday)**

**Miércoles
(Wednesday):**

**Jueves
(Thursday):**

**Viernes
(Friday):**

**Sábado
(Saturday):**

**Domingo
(Sunday):**

--	--	--	--	--	--	--

FAMILY SAFETY PLAN FOR:

(name of child/nombre del niño/a)



INFORMACIÓN DE LA IGLESIA - CHURCH INFORMATION

*Si su hijo no va a una iglesia o centro de educación religiosa, tache esta sección y siga a la próxima sección.
If your child does not go to church or religious education, cross this section out, and move onto the next section*

Nombre de la Iglesia:

Church Name:

Dirección /Street Address:

Ciudad/City:

Estado/State:

Código Postal/Zip

de Teléfono/Phone:

Escuela Religiosa y Actividades Religiosas/Religious School and Religious Activities:

Día/Day:

Hora/Time:

Dirección/Address:



OTRA INFORMACIÓN ÚTIL - HELPFUL THINGS TO KNOW

Comidas Favoritas/Favorite Foods:

Comidas No-Gustadas y Alergias a Comidas/Disliked Foods and Any Food Allergies:

Hora de Dormir y Rutina de Acostarse/Bedtime and Bedtime Routines:

Juguetes, Libros, Juegos y Actividades Favoritos/Favorite Toys, Books, Games, and Activities:

Programas, Películas y Juegos de Computadora, y ¿por Cuánto Tiempo?

TV Shows, Movies, and Computer Games, and How Much Time Allowed:

Nombres de Amigos Cercanos y sus Padres/Names of Close Friends and their Parents:

Teléfono #1:

Teléfono #2:

Se puede encontrar el pasaporte original de mi hijo en/You can find my child's original passport:

Otra información para hijos adolescentes/Additional Information to Know about Older Children:



Horario Límite/Curfew:



Restricciones de Manejar/Driving Restrictions:

Otras restricciones:

(p. ej. dónde está permitido ir, con quién puede salir, con quién puede ir en coche, dónde puede pasar la noche, etc.)

Other Restrictions (such as, where allowed to go, who they can go out with, whose car they can be a passenger in, sleepovers, etc.):



INFORMACIÓN DE CONTACTO DE FAMILIARES Y VECINOS FAMILY AND NEIGHBORS CONTACT INFORMATION

Para cada persona que apunta, asegúrese de incluir su nombre, número de teléfono y dirección de email.

For each person you list make sure to include the person's name, phone number, and email address.

Hermanos Adultos (Adult Sisters and Brothers):



Abuelos/as (Grandparents):



Padrino/Madrina (Godparents):



Tíos/as (Aunts and Uncles):



Primos/as (Cousins):



Amigos/as de la Familia (Family Friends):



Vecinos/as (Neighbors):



FAMILY SAFETY PLAN FOR: _____

(name of child/nombre del niño/a)



INFORMACIÓN SOBRE EL/LA CUIDADOR/A PREFERIDO Y SUS PLANES
INFORMATION ABOUT PREFERRED CAREGIVER AND YOUR PLANS

¿Qué es el nombre legal completo de la persona que usted quiere que cuide a sus hijos?

What is the full legal name of the person you would like to take care of your children?

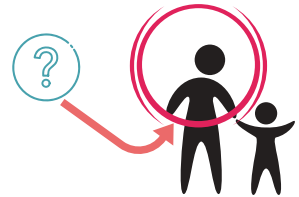
¿Qué es su información de contacto?

What is their contact information?

¿QUÉ RELACIÓN TIENE ESTA PERSONA CON USTED? /WHAT IS THIS PERSON'S RELATIONSHIP TO YOU?



MADRE (MOTHER) | PADRE (FATHER) | ABUELO/A (GRANDPARENT) | PADRASTRO/MADRASTRA (STEP-PARENT)
PAREJA DE LARGO PLAZO (LONG-TERM PARTNER) | HERMANO/A (SIBLING) | PRIMO/A (COUSIN) | TIO/A (AUNT/UNCLE)
SOBRINO/A (NIECE/NEPHEW) | AMIGO ÍNTIMO DE LA FAMILIA (CLOSE FAMILY FRIEND) | OTRO (OTHER):



¿QUÉ RELACIÓN TIENE ESTE CUIDADOR PROPUESTO CON SUS HIJOS?

WHAT IS THE PROPOSED CAREGIVER'S RELATIONSHIP TO YOUR CHILDREN?



MADRE (MOTHER) | PADRE (FATHER) | ABUELO/A (GRANDPARENT) | PADRASTRO/MADRASTRA (STEP-PARENT)
PAREJA DE LARGO PLAZO (LONG-TERM PARTNER) | HERMANO/A (SIBLING) | PRIMO/A (COUSIN) | TIO/A (AUNT/UNCLE)
SOBRINO/A (NIECE/NEPHEW) | AMIGO ÍNTIMO DE LA FAMILIA (CLOSE FAMILY FRIEND) | OTRO (OTHER):



¿Por cuánto tiempo ha conocido usted al cuidador propuesto?

How long have you known the proposed caregiver?

Menos de 1 año **2 años** **3-5 años** **5-10 años** **más de 10 años**
Less than 1 year 2 years 3-5 years 5-10 years more than 10 years

¿Algo más que le gustaría apuntar?:

Anything else you want to write:

FAMILY SAFETY PLAN FOR:

(name of child/nombre del niño/a)



**HOJA DE CONTACTO DE EMERGENCIA PARA EL/LA CUIDADOR/A PREFERIDO/A
EMERGENCY CONTACT SHEET FOR PREFERRED CAREGIVER**



ESTÁ RECIBIENDO ESTA CARTA PORQUE ALGUIEN QUIERE QUE USTED CUIDE A SUS HIJOS SI NO PUEDEN HACERLO DEBIDO A UNA EMERGENCIA RELACIONADA CON LA INMIGRACIÓN.

YOU ARE RECEIVING THIS LETTER BECAUSE SOMEONE WANTS YOU TO TAKE CARE OF THEIR CHILDREN IF THEY BECOME UNABLE TO DUE TO AN IMMIGRATION RELATED EMERGENCY



Haga un plan para ser notificado sobre la emergencia.

Make a plan to be notified about the emergency.



Discuta lo que ellos quieren que usted haga.

Discuss what they want you to do.



Aprenda sobre los papeles en su carpeta de seguridad familiar.

Learn about the papers in their family safety folder.

Por favor, guarde esta hoja con usted en todo momento (Please keep this sheet with you at all times.)

(PARA PADRES COMPLETANDO ESTE FORMULARIO: Si tiene menos hijos que los espacios abajo, tache los espacios vacíos. Si tiene más hijos que los espacios abajo, escriba su información en el otro lado de esta página).

(TO PARENTS FILLING OUT THIS FORM: If you have fewer children than listed below, please cross off the blank spaces. If you have more children than listed below, write their information on the other side of this page).

Querido (Dear): _____

Si usted se entera de que yo he estado detenido, por favor, vaya a recoger a mis hijos de inmediato. Si no están en casa o en la escuela, tal vez están:

If you learn that I have been taken into custody, please get my children right away. If they are not at home or school, they may be

Nombres y Números de Teléfono de Otras Personas que Se Pueden Contactar/Names and Phone Numbers of Others to Contact:

Si no puede encontrar a mis hijos, contacte al **Número directo, gratuito y 24 horas al día del Servicio de Protección de Niños del Departamento de Servicios Humanos de Maryland, 800-332-6347.** Dígalos los nombres de mis hijos, sus fechas de nacimiento y el nombre y número de teléfono de usted, o el nombre y número de teléfono de otras personas que tal vez pueden cuidar de mis hijos.

If my children cannot be located, contact the Maryland Department of Human Services Child Protective Services' 24 hour, toll-free Hotline, 800-332-6347. Tell them the names of my children, their birth dates, and your name and phone number or the name and phone number of other persons who may be able to care for my children..

Lo que sigue contiene los nombres completos de mis hijos, sus fechas de nacimiento y el nombre, número de teléfono y dirección de o su escuela o su proveedor de guardería. Más información se encuentra en el resto de este paquete.

The following contains the full name of my children, their dates of birth, and the name, phone number, and address of either their school or daycare provider. More information can be found earlier on in this packet.

Nombre Legal Complete de Hijo #1 /Full Legal Name of Child #1:

Fecha de Nacimiento:

DOB:

Nombre de su escuela o proveedor de guardería/Name of their school or daycare provider:

Dirección /Street Address:

Ciudad/City:

Estado/State:

Código Postal/Zip:

de Teléfono/Phone:

Nombre Legal Complete de Hijo #1 /Full Legal Name of Child #2:

Fecha de Nacimiento:

DOB:

Nombre de su escuela o proveedor de guardería/Name of their school or daycare provider:

Dirección /Street Address:

Ciudad/City:

Estado/State:

Código Postal/Zip:

de Teléfono/Phone:

Nombre Legal Complete de Hijo #1 /Full Legal Name of Child #3:

Fecha de Nacimiento:

DOB:

Nombre de su escuela o proveedor de guardería/Name of their school or daycare provider:

Dirección /Street Address:

Ciudad/City:

Estado/State:

Código Postal/Zip:

de Teléfono/Phone: