

PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR

MAKE THE ROAD
NEVADA



PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Si este plan es para una pareja y ambos corren el riesgo de ser detenidos, complete un paquete de cuestionarios para cada uno.

PREGUNTAS GENERALES DE ADMISIÓN

1. Agencia ayudándole a rellenar este formulario _____
2. ¿Para quién es este plan/quién corre el riesgo de ser detenido?
 - a. Nombre Legal: _____
 - b. Número de teléfono: _____
 - c. Domicilio físico: _____
3. ¿A quién ha seleccionado para que intervenga en caso de ser detenido y que no esté a riesgo de ser deportado? (su contacto de emergencia)?
 - a. Nombre: _____
Teléfono: _____ Relación: _____
 - b. Nombre: _____
Teléfono: _____ Relación: _____
 - a. ¿Ha hablado con sus contactos de emergencia sobre su plan de preparación? Sí | No
 Recomendación: Hable con ellos sobre su plan para que estén preparados si ocurre una separación familiar.
4. ¿Tiene usted pareja/cónyuge?

Sí — Nombre: _____ Teléfono: _____

Tipo de relación: Casados | No Casados

Ocupación: _____

¿Su pareja/cónyuge también corre el riesgo de ser detenido/a?

Sí

*Recomendación: Asegúrese de que su pareja/cónyuge también complete un cuestionario para obtener información sobre su propia salud y activos.

No
5. ¿Tiene usted un abogado de inmigración?

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Si este plan es para una pareja y ambos corren el riesgo de ser detenidos, complete un paquete de cuestionarios para cada uno.

Sí --- Nombre: _____ Teléfono: _____

Organización/Firma: _____

*Recomendación: Infórmese del formulario G-28 con su abogado de inmigración para permitir que su abogado o un representante acreditado lo represente oficialmente ante el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS), el Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (ICE) o la Oficina de Aduanas y Protección Fronteriza (CBP).

No

*Recomendación:

1) Se proporciona una lista de abogados de inmigración recomendados. Programe una consulta telefónica para obtener más información sobre su caso.

2) Si es detenido y no tiene un abogado, favor de guardar el número de **UNLV Immigration Clinic para obtener ayuda: 702-895-3000**

6. Estado de Empleo:

Tiempo Completo

On Call

Tiempo Parcial

No trabajo

a. Nombre de agencia: _____ Años trabajando ahí: _____

b. Teléfono de oficina: _____

c. Nombre de supervisor: _____ Teléfono: _____

7. ¿Asiste a una iglesia o congregación?

Sí --- Nombre: _____

Domicilio: _____

Nombre de líder de fe: _____

Años asistiendo: _____

No

8. ¿Tiene alguna identificación del estado de Nevada?

Sí --- Tipo: _____ Número: _____

No

9. ¿Tiene documentos que detallen su presencia en los Estados Unidos?

Sí --- Tipo: _____

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Si este plan es para una pareja y ambos corren el riesgo de ser detenidos, complete un paquete de cuestionarios para cada uno.

No

Ejemplos: Cuenta de banco, facturas, talones de cheques, contratos de renta/hipoteca, tax filings (1040s), fotos con fechas; declaraciones firmadas y notarizadas bajo pena de perjurio de algún familiar/conocido que sea ciudadano; records escolares estadounidenses.

PREGUNTAS DE SU PAÍS DE ORIGEN

1. ¿En qué ciudad, estado y país nació?

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

2. ¿Tiene identificación de su país de origen?

Sí — Tipo: _____ Número: _____

Fecha de vencimiento: _____

No

3. ¿Tiene usted contactos de emergencia de su país de origen?

Sí — Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

No

PREGUNTAS SOBRE SU SALUD

*Recomendación: Revise la opción de un Poder Notarial para Atención Médica.

1. ¿Tiene un doctor primario?

Sí — Nombre: _____ Número de oficina: _____

Nombre de oficina: _____

Domicilio: _____

*Recomendación: Obtenga una autorización de divulgación de información para que su contacto de emergencia pueda acceder a sus registros médicos si es necesario.

No

2. ¿Tiene condiciones médicas o necesidades especiales?

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Si este plan es para una pareja y ambos corren el riesgo de ser detenidos, complete un paquete de cuestionarios para cada uno.

Sí --- Tipo de condición: _____

Medicamento: _____ Frecuencia: _____

Equipo médico: _____

No

3. ¿Tiene alguna alergia?

Sí --- Tipo: _____

¿Necesita medicación para esta alergia? Sí | No

Si es así, ¿qué tipo? _____

No

PREGUNTAS SOBRE SU PROPIEDAD Y ACTIVOS

**Recomendación: Revise la opción de un Poder Financiero para proteger sus activos.*

1. ¿Cuál es su tipo de residencia? Rento | Dueño | Vivo con familia

2. Domicilio de su residencia _____

3. Nombre de dueño/persona en el contrato de apartamentos/casa:

_____ Relación a usted: _____

**Recomendación: Si las personas enumeradas en el contrato o hipoteca son también afectados por inmigración, considere identificar a una persona que no esté en riesgo para que vigile su propiedad a través de un Poder Notarial para Asuntos Financieros.*

4. ¿Con quién vive?

Nombre _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Tiene llaves? ____

Nombre _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Tiene llaves? ____

Nombre _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Tiene llaves? ____

Nombre _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Tiene llaves? ____

5. ¿Alguien fuera del hogar tiene copia de sus llaves de casa?

Sí --- Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

No

**Recomendación: Si nadie tiene una llave de su casa, se recomienda proporcionarle a una persona de confianza una copia de las llaves de su casa en caso de que necesite acceder a documentos importantes a los que usted no puede acceder.*

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Si este plan es para una pareja y ambos corren el riesgo de ser detenidos, complete un paquete de cuestionarios para cada uno.

6. ¿Tiene extra copias de sus llaves de casa?

Sí — Ubicación: _____

No

7. ¿Conduce usted un vehículo?

Sí — Nombre del dueño: _____ Relación: _____

¿Tiene un pago de coche? Sí | No

Agencia de préstamo: _____

Si el vehículo está pagado, ¿quién figura en el título? _____

*Recomendación: Si usted es el único en el título se recomienda agregar una persona de confianza al título en caso de que pueda tomar una decisión sobre el vehículo.

Marca: _____ Modelo: _____ Color: _____ Año: _____

Número de placas: _____ VIN #: _____

Seguro de carro: _____ Número de póliza: _____

¿Alguien más tiene copia de sus llaves de coche?

Sí — Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

No

¿En dónde se encuentra la copia de llaves? _____

*Recomendación: Si nadie tiene una llave de su coche, se recomienda proporcionarle a una persona de confianza una copia de las llaves de su coche.

No

8. ¿Tiene usted una cuenta bancaria?

Sí — 1. Nombre de Banco: _____ Dueño de Cuenta: _____

Número de Cuenta: _____

Tipo de Cuenta: Cheques | Ahorros | Tarjeta de Crédito | Negocio

2. Nombre de Banco: _____ Dueño de Cuenta: _____

Número de Cuenta: _____

Tipo de Cuenta: Cheques | Ahorros | Tarjeta de Crédito | Negocio

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Si este plan es para una pareja y ambos corren el riesgo de ser detenidos, complete un paquete de cuestionarios para cada uno.

**Recomendación: Si son sus cuentas, hable con su banco para conocer qué opciones tiene para agregar un beneficiario a su cuenta y cómo puede acceder a su dinero si está en otro país.*

No — Ubicación del dinero: _____

9. ¿Tiene una unidad de almacenamiento (storage)?

Sí — Nombre de la unidad: _____

Domicilio: _____ Tiene Llaves o Clave:

No

PREGUNTAS SOBRE SU FAMILIA

1. Tiene hijos/dependientes?

Sí — (Por favor rellene el cuestionario para hijos/dependientes adjunto)

a. Cuantos hijos menores de 17 años _____

b. Cuantos hijos mayores de 18 años _____

Complete un formulario para cada hijo/dependiente que tiene (no importa la edad)

No

2. ¿Tiene mascota(s)?

Sí — (Por favor rellene el cuestionario para mascotas)

No

3. ¿Es usted el cuidador de alguien?

Sí — (Por favor rellene el cuestionario para cuidadores)

No

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE DONDE GUARDARÁ ESTE PLAN Y LOS DOCUMENTOS RELEVANTES

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Si este plan es para una pareja y ambos corren el riesgo de ser detenidos, complete un paquete de cuestionarios para cada uno.

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Complete un paquete de cuestionarios para cada hijo/dependiente (menor y mayor de edad)

PADRES CON HIJOS/DEPENDIENTES:

Complete un paquete de cuestionarios para cada hijo/dependiente (menor y mayor de edad)

1. Nombre del los padres/tutor legal: _____
2. Nombre del hijo/dependiente: _____ Edad: _____
 - a. Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 - b. Con quien vive: _____
 - c. Ciudad y Estado donde vive: _____
 - d. Lugar de nacimiento — Ciudad: _____
Estado: _____
País: _____
3. ¿Ha hablado con sus hijos/dependientes sobre su plan de preparación?
☐ Sí
☐ No *Recomendación: Hable con sus hijos sobre su plan para que estén preparados si ocurre una separación familiar.*

Si no tiene hijos/dependientes de 17 años o menos, no es necesario que complete el resto de las preguntas.

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Complete un paquete de cuestionarios para cada hijo/dependiente (menor y mayor de edad)

PREGUNTAS PARA PADRES CON HIJOS/DEPENDIENTES DE 17 AÑOS O MENOS

Recomendación: Hable con un abogado de inmigración o un notario para saber más de cómo completar una Tutela Temporal o Nombramiento de Tutela para su hijo/a menor.

1. ¿Comparte la crianza de sus hijos/dependientes con alguien más?
☐ Sí — Persona que comparte crianza: _____
Teléfono: _____
Relación: _____
Tipo de custodia: _____
☐ No
2. ¿Cual es el plan para su hijo/dependiente en caso de deportación?

3. ¿Su hijo/dependiente atiende la escuela?
☐ Sí — Nombre de escuela: _____
 - a. CCSD | Escuela Charter | Escuela en Casa | Otro: _____
Teléfono: _____ Grado: _____
 - b. ¿Tienen un plan educativo individualizado (IEP) o un 504 Plan en la escuela?
☐ Sí Recomendación: Obtenga una copia de la escuela para sus récords
☐ No
 - c. ¿Su hijo/dependiente asiste a algún programa o deporte después de la escuela?
☐ Sí Cuáles: _____
☐ No

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Complete un paquete de cuestionarios para cada hijo/dependiente (menor y mayor de edad)

d. ¿Quién está autorizado a recoger a sus hijos de la escuela?

a. Nombre: _____

b. Relación: _____

Recomendación: 1) Hable con la escuela de su hijo para presentar una Autorización de Divulgación de Información Confidencial que permita que otro adulto de confianza tenga acceso al registro de su hijo en su ausencia.
2) Si no tiene una persona autorizada para recoger a sus hijos que no sean sus padres, habla con la escuela para agregar un adulto de confianza.

☐ No

4. Su dependiente pertenece a alguna guardería?

☐ Sí --- Nombre de empresa: _____

Teléfono: _____

Días que asiste: _____

☐ No

5. ¿Su hijo/dependiente tiene seguro médico?

☐ Sí --- Nombre de agencia de seguro: _____

Titular de la póliza: _____

Su dependiente tiene un doctor primario?

a. Nombre de Doctor Primario: _____

b. Nombre de la Clínica: _____

c. Teléfono: _____

Recomendación: Obtenga una Autorización para la Divulgación de Información de los médicos para dar acceso a los récords a un adulto de conviasa.

☐ No

6. ¿Su hijo/dependiente tiene alergias?

☐ Sí --- Tipo de alergia: _____

Medicamento requerido: _____

☐ No

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

Complete un paquete de cuestionarios para cada hijo/dependiente (menor y mayor de edad)

7. ¿Su hijo/dependiente tiene condiciones médicas o necesidades especiales?

☐ Sí ---- ¿Cuál es la condición o necesidad?: _____

Medicamento requerido: _____

Farmacia: _____

☐ No

8. Su hijo/dependiente se reúne con algún especialista?

☐ Sí ---- Tipo de especialista: - _____

Nombre de agencia: _____

Nombre del doctor: _____

Recomendación: Obtenga una Autorización para la Divulgación de Información del especialista para dar acceso a los récords a un adulto de conviasa.

☐ No

9. ¿Su hijo/dependiente tiene pasaporte americano?

☐ Sí ---- Número de Pasaporte: _____

Fecha de vencimiento: _____

☐ No

10. ¿Su hijo/dependiente tiene un pasaporte del país de origen de su mamá y/o papá?

☐ Sí ---- Número de Pasaporte: _____

Fecha de vencimiento: _____

País de Pasaporte: _____

Su hijo/dependiente es ciudadano del país de origen de su papá y/o mamá? Sí | No

☐ No

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

MASCOTAS

Complete un paquete de cuestionarios para cada mascota.

1. Nombre del dueño? _____
2. Tipo de mascota: _____ Raza: _____
3. ¿Con quién se quedará su mascota en caso de emergencia?
Nombre: _____ Teléfono: _____
4. Nombre del mascota: _____ Femenino | Masculino
5. Edad: _____ Color: _____
6. ¿Su mascota tiene alguna condición médica?
☐ Sí --- Condición: _____ Medicamento: _____
☐ No
7. A cuál clínica veterinaria lleva a su mascota?: _____
8. ¿Su mascota tiene aseguranza medica?
☐ Sí --- Nombre de aseguranza: _____
☐ No
9. ¿Su mascota tiene alergias o sensibilidades?
☐ Sí Explicación: _____
☐ No
10. ¿Su mascota tiene ansiedad o miedo a alguna persona, situación, sonido o animal?
☐ Sí Explicación: _____
☐ No
11. ¿Qué come su mascota? Comida húmeda | Comida Seca | Otra _____
Marca de comida: _____ Cantidad: _____ Veces al día: _____

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

PREGUNTAS PARA UN CUIDADOR CON DEPENDIENTE

Complete un paquete de cuestionario para cada persona que cuide

1. Su nombre: _____
2. Relación a la persona que cuida : _____
3. ¿Tiene usted la custodia legal para cuidar de esta persona? Sí | No
4. Nombre de la persona que cuida: _____
 - a. Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 - b. ¿Con quién vive el dependiente? _____
 - c. Domicilio de donde vive: _____

HISTORIAL MÉDICO Y CONDICIÓN

1. ¿Cuál es el diagnóstico o condición médica de esta persona?

2. Fecha de diagnóstico: _____

3. ¿Toman algún medicamento?

Sí — Tipo de medicamento: _____

Dosis: _____

Nombre de farmacia: _____

Otros medicamentos: _____

No

4. ¿Reciben algún tipo de tratamiento?

Sí — Tipo de tratamiento: _____

Frecuencia: _____

Domicilio de tratamiento: _____

Nombre de especialista: _____

No

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

5. ¿Tiene alguna alergia o sensibilidad?

Sí — Explicación: _____

No

6. ¿Cómo se le consuela durante angustias físicas o emocionales?

7. ¿Usan algún equipo médico?

Sí — Tipo de equipo: _____

No

8. ¿Qué tipo de ayuda requiere la persona? Favor de seleccionar abajo.

Tarea	Ninguna Ayuda	Supervisión	Asistir	Cuidado total	Tarea	Ninguna Ayuda	Supervisión	Asistir	Cuidado total
Bañar					Mandado				
Aseo					Limpiar				
Comer					Transporte				
Ir al baño					Jardinería				
Movilidad					Pagar facturas				
Transferir					Medicamento				
Vestirse					Asistir Citas				
Ejercicio					Subir escalones				
Cocinar					Lavar ropa				
Otro:					Otro:				

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

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

EQUIPO DE CUIDADORES

1. ¿Tiene un doctor o clínica primaria?

Sí — Nombre: _____ Teléfono: _____

No

2. ¿Hay otra persona o agencia que brinda asistencia?

Sí — Nombre: _____ Teléfono: _____

Frecuencia: _____

No

3. ¿Tienen un animal de servicio?

Sí — Nombre: _____

No

4. ¿Recibe asistencia del Condado de Clark?

Sí — Tipo de asistencia: _____

No

5. ¿Quién será el cuidador en caso de deportación?

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación a la persona que cuida : _____

NECESIDADES Y PREFERENCIAS

1. ¿Cuál es el método de comunicación preferido de la persona? (Hablado, escrito, Lenguaje de señas americano, etc).

2. ¿Cuál es la actividad favorita de la persona?

3. ¿Qué películas, libros, o juguetes le gustan?

PREGUNTAS SOBRE EL PLAN DE PREPARACIÓN FAMILIAR EN CASO DE DEPORTACIÓN

4. ¿Cuáles son algunos de sus desencadenantes (factores o estímulos que provocan una respuesta o reacción específica, ya sea física, emocional o conductual)?

SEGURO Y INGRESOS

1. ¿Su dependiente tiene seguro médico?

Sí — Nombre de Agencia de seguro: _____

Número de Grupo: _____

Propietario de póliza: _____

2. ¿Su dependiente recibe algún tipo de ingreso?

Sí — 1) Agencia/Persona: _____

Cantidad por mes: _____

2) Agencia/Persona: _____

Cantidad por mes: _____

No

SIX MONTH TEMPORARY GUARDIANSHIP UNDER A.B. 319, 2017 Leg., 79th Sess. (Nev. 2017)

I, (parent name) _____,
of (address, city, state, zip code) _____
the parent of the minor child, (child's name) _____
whose date of birth is _____, hereby desire to appoint
(guardian's name) _____
of (address, city, state, zip code) _____
as short term guardian pursuant to A.B. 319, 2017 Leg., 79th Sess. (Nev. 2017).

Carefully read each of the following statements and initial all that are true.

- _____ 1. I am the legal custodian of the minor child.
- _____ 2. The other parent's parental rights have not been terminated by court order.
- _____ 3. The other parent's whereabouts are known.
- _____ 4. The other parent is willing and able to make and carry out daily child care decisions concerning the minor child.

WARNING: If paragraphs 2, 3, and 4 have all been initialed, the other parent must sign page 2 of this form to make this short-term guardianship valid.

I specifically consent that the named guardian may make whatever decisions are necessary concerning the day-to-day care of (child's name) _____, including educational decisions, legal decisions and health decisions. The named guardian may authorize all routine medical and dental care, and in the event of any medical emergency, the named guardian may authorize operative care.

This guardianship shall expire six (6) months from the date that appears below unless it is renewed by an acknowledged writing prior to the expiration date. This guardianship may be terminated by me, by the guardian or by an order of a court of competent jurisdiction that may appoint a guardian of the minor child, but such termination must be accomplished by a written instrument.

I am the legal custodian of the minor child and am competent to make this appointment.

Date: _____

Parent's Signature: _____

Print Your Name: _____

STATE OF _____
COUNTY OF _____

This instrument was acknowledged before me on

this _____ day of _____, _____ by _____

NOTARY PUBLIC

IMPORTANT: If items 2, 3, and 4 on the prior page were all initialed, the other parent must sign below to consent to the temporary short term guardianship.

PARENT'S CONSENT

I hereby consent to the above-named person being appointed as my child's guardian. I declare under penalty of perjury under the law of the State of Nevada that the foregoing is true and correct.

Date: _____

Parent's Signature: _____

Print Your Name: _____

IMPORTANT: If the minor child is fourteen (14) years of age or older, the minor child must sign below to consent to the temporary short term guardianship.

MINOR'S CONSENT

I hereby consent to the above-named person being appointed as my guardian.

Date: _____

Minor's Signature: _____

Print Your Name: _____

GUARDIAN'S ACCEPTANCE OF APPOINTMENT

I, (guardian's name) _____ hereby accept this appointment as temporary short term guardian for the minor child identified in this instrument and will accept responsibility for the care, custody, and control of said minor child, including all necessary authority and power to furnish and provide care and services to said minor child as may seem necessary, proper, or desirable in the child's best interest and welfare, including, but not limited to, food, clothing, shelter, education, and medical-surgical-dental care and treatment. I understand this guardianship shall become effective upon my execution of this document in the presence of a Notary Public for a period of six (6) months and may be terminated by an instrument in writing signed by either parent of the minor child if that parent has not had their rights legally terminated by an order of a court of competent jurisdiction.

Date: _____

Guardian's Signature: _____

Print Your Name: _____

STATE OF _____
COUNTY OF _____

This instrument was acknowledged before me on

this _____ day of _____, _____ by _____

NOTARY PUBLIC