

Paquete de Documentos de Salida del Albergue de ORR

Al salir del albergue de la Oficina de Reubicación de Refugiados (ORR por sus iniciales en inglés), el joven recibió un sobre con documentos.

Estos documentos son **muy importantes** y contienen información privada sobre el joven y su patrocinador – ¡asegúrese de guardarlos en un lugar seguro!



- Todos los documentos mencionados en este folleto le pertenecen al joven. Si el joven cambia de dirección o se muda con otro familiar, es importante que el joven guarde este paquete de documentos.
- Si nota que le falta o se le ha perdido alguno de estos documentos, hable con la trabajadora asignada a su caso o contáctese con el Centro Nacional de ORR (1-800-203-7001) para obtener más información sobre cómo solicitar un reemplazo.



Los documentos que **todos** los jóvenes reciben:

1. Verificación de Salida
2. Aviso de Comparecencia
3. Registro de nacimiento del joven
4. Historial médico
5. Cambio de Dirección y Cambio de Lugar de Corte
6. Lista de recursos

Los documentos que **algunos** jóvenes reciben:

7. Carta de Designación
8. Historial educativo
9. Carta de Elegibilidad de la Oficina Contra la Trata de Personas

Paquete de Documentos de Salida del Albergue de ORR

1. Verificación de Salida

Conocida en inglés como "Verification of Release," o VOR.

Este documento contiene:

- una foto del joven
- la fecha de nacimiento del joven
- el número de extranjero del joven (también conocido como el número A)
- la dirección donde viven
- el nombre y número de teléfono del patrocinador con quien fue reunificado

OMB Control No: 0970-0552
Expiration Date: 03/31/2022

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (HHS)
OFFICE OF REFUGEE RESETTLEMENT (ORR)
DIVISION OF UNACCOMPANIED CHILDREN OPERATIONS (DUCO)
VERIFICATION OF RELEASE

VERIFICATION OF RELEASE

Name of Minor:	NOMBRE DEL MENOR	Aliases (if any):	
Minor's Date of Birth:	FECHA DE NACIMIENTO	Minor's A#:	NUMERO A

The Office of Refugee Resettlement (ORR) has released the above named minor from Federal custody pursuant to section 462 of the Homeland Security Act of 2002 and section 235 of the William Wilberforce Trafficking Victims Protection Reauthorization Act of 2008 to the care of:

FOTO DEL MENOR	Name of Sponsor:	NOMBRE DEL PATROCINADOR		
	Aliases (if any):			
	Address:	DIRECCION		
	City:	CIUDAD		
	State:	ESTADO	Zip Code:	
	Telephone#:	NUMERO DE TELEFONO		
	Relationship to Child:	RELACION AL MENOR		

ACKNOWLEDGEMENT OF THE SPONSOR CARE AGREEMENT

The above named sponsor has agreed to the provisions set forth in the Sponsor Care Agreement, pertaining to the minor's care, safety, and well-being, and the sponsor's responsibility for ensuring the minor's presence at all future proceedings before the Department of Homeland Security and the Department of Justice/Executive Office for Immigration Review (EOIR).

FOR INTERNAL USE ONLY

Name ORR care provider Facility	NOMBRE DEL ALBERGUE
Date	FECHA QUE SALIO DEL ALBERGUE

THE PAPERWORK REDUCTION ACT OF 1995 (Pub. L. 104.13) Public reporting burden for this collection of information is estimated to average .10/hour per response, including the time for reviewing instructions, gathering and maintaining the data needed, and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number.

Este es un documento oficial proporcionado por ORR que confirma que el joven fue reunificado con su patrocinador. Este documento le puede servir en ciertas clínicas y escuelas como prueba de dirección, y prueba de que el patrocinador está a cargo del joven en los Estados Unidos. El joven también puede usar este documento como forma de identificación.

Paquete de Documentos de Salida del Albergue de ORR

4. Historial médico

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)

Child's Name (Last) _____ Gender Male Female Date of Birth ____/____/____

Does Child Have Health Insurance? Yes No If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier _____

Parent/Guardian Name _____ Home Telephone Number _____ Work Telephone/Cell Phone Number _____

Parent/Guardian Name _____ Home Telephone Number _____ Work Telephone/Cell Phone Number _____

I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.

Signature/Date _____ This form may be released to WIC. Yes No

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Physical Examination: _____ Results of physical examination normal? Yes No

Abnormalities Noted: _____

Weight (must be taken within 30 days for WIC)
Height (must be taken within 30 days for WIC)
Head Circumference (if < 2 Years)
Blood Pressure (if > 3 Years)

IMMUNIZATIONS Immunization Record Attached Date Next Immunization Due: _____

MEDICAL CONDITIONS

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries None Special Care Plan Attached _____ Comments _____

Medications/Treatments None Special Care Plan Attached _____ Comments _____

Limitations to Physical Activity None Special Care Plan Attached _____ Comments _____

Special Equipment Needs None Special Care Plan Attached _____ Comments _____

Allergies/Sensitivities None Special Care Plan Attached _____ Comments _____

Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements None Special Care Plan Attached _____ Comments _____

Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis None Special Care Plan Attached _____ Comments _____

Emergency Plans None Special Care Plan Attached _____ Comments _____

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS

Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
			Scotists		

I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.

Name of Health Care Provider (Print) _____ Health Care Provider Stamp: _____

Signature/Date _____

OH-14 JUL 12 Distribution: Original-Child Care Provider Copy-Parent/Guardian Copy-Health Care Provider

El **historial médico** debe incluir una copia de las vacunas que el joven recibió mientras estaba en el albergue. También puede incluir un examen médico y más información sobre la salud del joven.

Los registros pueden contener información sobre alergias, medicamentos o problemas médicos, como problemas de la vista o cualquier otra anomalía médica.

Asegúrese de revisar este documento detenidamente y lleve estos registros con usted cuando el joven asista a una cita médica en su nueva comunidad.

Immunization History

List the MONTH, DAY, YEAR the student received each of the following immunizations. You may need to contact your doctor or public health department to obtain the information. Shaded boxes, cells indicate vaccine not required.

Date format: mm/dd/yyyy

TYPE OF VACCINE	First Dose	Second Dose	Third Dose	Fourth Dose	Fifth Dose	Booster
DTaP/DTpP/D/Td (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	01/02/2000	02/15/1999	01/01/2001	03/21/2002		
Polio						
Hepatitis B (3 dose pediatric formulation)	01/05/2000					
Hepatitis B (3 dose adolescent formulation)						
MMR (Measles, Mumps, Rubella)						
Varicella (Chickenpox) Vaccine						
Has student had Chickenpox?			If Yes, what year?			
<input type="radio"/> Yes - Vaccine Not Required.						
<input type="radio"/> No - Vaccine Required.						
Notes:			Alter/add:			

Complete I certify that this student has received all immunizations required by law.

Signature of parent/guardian or physician/public clinic _____ Date _____

Paquete de Documentos de Salida del Albergue de ORR

5. Cambio de Dirección y Cambio de Lugar de Corte

El **Cambio de Dirección** requiere ser completado y enviado a la corte de inmigración y a la oficina de Control de Inmigración y Aduanas (ICE, por sus iniciales en inglés) cada vez que el joven cambie de dirección.

UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE
EXECUTIVE OFFICE FOR IMMIGRATION REVIEW
IMMIGRATION COURT

IN THE MATTER OF: _____)
)
(JUVENILE RESPONDENT'S NAME / NOMBRE COMPLETO Y VERDADERO)) **IN REMOVAL**
) **PROCEEDINGS**
) (JUVENILE CASE)
(JUVENILE RESPONDENT'S ALIEN NUMBER / NÚMERO DE INMIGRANTE))

MOTION FOR CHANGE OF VENUE

The JUVENILE RESPONDENT in this matter is residing at the following address.

United States of America _____

JUVENILE RESPONDENT requests that his/her case be transferred to the Immigration Court closest to JUVENILE RESPONDENT'S place of residence.

(date / FECHA DE FIRMA -- mes, día y año) _____ (Juvenile Respondent's signature / FIRMA DE MENOR) _____
(date / FECHA DE FIRMA -- mes, día y año) _____ (Adult Sponsor's signature / FIRMA DE ADULTO) _____
(Adult Sponsor's name / ESCRIBA NOMBRE DE ADULTO) _____
(Adult Sponsor's telephone number / NÚMERO DE TELEFONO) _____

CERTIFICATE OF SERVICE

I certify that I have today placed in first class mail a true copy of the foregoing Motion to Change Venue in an envelope addressed as follows:

(Adult Sponsor's Signature / FIRMA DE ADULTO) _____
(Date / FECHA) _____

U.S. Department of Justice
Executive Office for Immigration Review
Change of Address/Contact Information Form
Immigration Court

Instructions: To complete this form, fill out all blanks below, including proof of service, which certifies that you will provide a copy of this form to the Department of Homeland Security (DHS). After filling in the blanks and signing both the declaration and proof of service, you must submit the form electronically, in person, or by mail. If submitting electronically, file in Respondent Portal at <https://respondentportal.dhs.gov>. Attorneys and fully accredited representatives submitting this form electronically must file in Case Portal at <https://portal.dhs.gov>. If submitting by mail, follow the mailing instructions on Page 2. You must submit a separate copy of this form for each individual who has a case pending in Immigration Court and whom the change of information affects.

You must file this form with the immigration court within five working days of the change to your contact information, or your receipt of a charging document (e.g., a Notice to Appear) with incorrect contact information. The immigration court will send all official correspondence (e.g., notices, decisions) to the address you provide. The immigration court will only make any changes to your contact information in EDIR's records upon receipt of this form; the immigration court will not change your contact information based on different information on pleadings, motions, or other communications with the court.

If you fail to appear at any hearing before an immigration judge when notice of that hearing or other official correspondence was served on you or sent to the address you provided, DHS may take you into custody. In addition, the immigration court may suspend your hearing in your absence and enter an order of removal, deportation, or exclusion against you. If the court enters such an order, you may be ineligible for certain forms of relief from removal under the Immigration and Nationality Act as follows:

- If you are in removal proceedings: You will be subject to an order of removal for a period of ten years after the date of entry of the final order. You may also become ineligible for voluntary departure, cancellation of removal, and adjustment of status or change of status.
- If you are in deportation proceedings: You will be subject to an order of deportation for a period of five years after the date of the entry of the final order. You may also become ineligible for voluntary departure, suspension of deportation or voluntary departure, and adjustment of status or change of status.
- If you are in exclusion proceedings: Your application for admission to the United States may be considered withdrawn.

Name – Last, First, Middle, Suffix (if applicable): _____ A-Number: _____

My FORMER address and phone number were:	My CURRENT address and phone number are:
"in care of" other person (if any)	"in care of" other person (if any)
Number, Street, Apartment (if any)	Number, Street, Apartment (if any)
City, State, and ZIP code; Country (if other than U.S.)	City, State, and ZIP code; Country (if other than U.S.)
Phone Number (include country code if other than U.S.)	Phone Number (include country code if other than U.S.)
Email Address	Email Address

I declare under penalty of perjury, pursuant to 28 U.S.C. § 1746, that I am the person named above associated with the A-Number listed above, and that the information contained in this form is true and correct to the best of my knowledge.

SIGN HERE _____ x _____
Signature _____ Date _____

PROOF OF SERVICE

I, _____ (Name), provided a copy of this Change of Address Form on, _____ (Date) to the _____ (Name) to the Office of the Principal Legal Advisor for DHS Immigration and Customs Enforcement-ICE at: _____

(Indicate if electronic/mail service, or in person or mail service (provide Number and Street, City, State, ZIP Code))

By signing, I agree to provide a copy of this Change of Address Form to the Office of the Principal Legal Advisor for DHS Immigration and Customs Enforcement-ICE at the location I indicated above. I understand that I can provide DHS with a copy either electronically through the DHS eService portal (register at <https://eservice.registration.ice.gov>) or by mail or personal delivery.

No service needed. I am an ECAS-registered user who filed through the ECAS Case Portal.

SIGN HERE _____ x _____
Signature _____

Form EOIR-313C
Revised February 2022

Si el joven se muda lejos y necesita transferir su caso a una corte de inmigración más cerca de su nueva dirección, deberá llenar y mandar copias de la forma para el **Cambio de Lugar de Corte / Cambio de Sede** también.

6. Lista de recursos

Nombre del Menor:	Número del Menor:
Alias (si los tuviera): N/A	Fecha de Nacimiento del Menor:
Nombre del Patrocinador:	Fecha:

Le he solicitado a la Oficina de Reubicación de Refugiados (Office of Refugee Resettlement, ORR) patrocinar a un niño no acompañado que estuvo en el condado y la custodia del gobierno federal conforme al acuerdo extrajudicial estipulado *Flares v. Reno*, número 85-4544-RJK (Pa) (C.D. Cal., 17 de enero de 1997), sección 462 del Homeland Security Act de 2002 y la sección 235 del William Wilberforce Trafficking Victims Protection Reauthorization Act de 2008.

Como patrocinador acepto cumplir con las siguientes disposiciones mientras el menor esté en mi cuidado:

- Promover el bienestar mental y físico del menor, que incluye, entre otros, alimentos, refugio, vestimenta, educación, atención médica y otros servicios según sea necesario. Para asuntos de salud puedes usar la clínica **Harrisonburg Rockingham** que está ubicada en 463 E Washington St, Harrisonburg, VA 22802 y el número de contacto es 540-433-3100.
- Para servicios dentales puedes llevar al menor a la clínica **All Smiles Harrisonburg** que está ubicada en 129 University Blvd ste a, Harrisonburg, VA 22801 y el número de contacto es 540-432-1300.
- Para servicios mentales puedes llamar a la clínica **Shenandoah Psychological Services** el número de contacto es 540-251-7728 y la dirección es 58 Kenmore St, Harrisonburg, VA 22801.
- Velar por su supervisión constante: el plan de supervisión será el siguiente **Francisco Catalino Acosta Rivera** que se va a mantener supervisión del menor con la ayuda de **Jose Abundio Acosta Rivera** y su número de contacto es 540-435-3522.
- Registrar al menor en la escuela **Keister Elementary School** que está ubicada en 100 Maryland Ave, Harrisonburg, VA 22801 y el número de contacto es 540-434-6585.
- Si necesitas llamar al consulado **Consulate of Guatemala** el número es 844-805-1011 y está localizada en la dirección 8124 Georgia Ave, Silver Spring, MD 20910.
- Registrar al menor en la biblioteca **Massanutten Regional Library** que está ubicada en 174 S Main St, Harrisonburg, VA 22801 con el número 540-434-4475.
- El menor va a tener que ser inscrito en una actividad en la comunidad. Usted puede localizar más información de las actividades en su centro de recreo **Our Community Place** que es ubicado 17 E Johnson St, Harrisonburg, VA 22802 con el número 540-208-7552.
- Asistir a un programa de orientación legal proporcionado por el Departamento de Justicia (Department of Justice/DOJ), o programa de orientación legal para custodios (patrocinadores) de la Oficina Ejecutiva para la Revisión de la Inmigración (Executive Office for Immigration Review/EOIR), si está disponible en el lugar donde reside. (LOPC). Se puede hacer una cita para hablar con un representante del programa LOPC llamando a número 888 996 3848.
- Notificar al Departamento de Seguridad del Territorio Nacional (Department of Homeland Security/DHS) o a Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services/USCIS) en un periodo de diez (10) días de todo cambio de dirección, presentando la Tarjeta de Cambio de Dirección de Extranjero (AR-11) o de manera electrónica en <http://1.usa.gov/AsMP>.

SAFETY PLAN / PLAN DE SEGURIDAD

RESOURCE LIST / LISTA DE RECURSOS

MEDICAL AND COUNSELING RESOURCES / RECURSOS DE SERVICIOS MEDICOS Y CONSEJERIA:

Hospitals / Hospital:

Parkview Hospital	2200 Randalia Dr.	Fort Wayne, IN	46805	260-373-4000
St. Joseph Hospital	700 Broadway	Fort Wayne, IN	46802	260-425-3000

Clinics / Clínicas:

Neighborhood Health	1717 S Calhoun St	Fort Wayne, IN	46802	260-458-2641
Matthew 25 Health and Care	413 E. Jefferson Blvd	Fort Wayne, IN	46802	260-426-3250
Lafayette Family Health Clinic	2700 Lafayette St	Fort Wayne, IN	46806	260-702-4404

Pharmacies / Farmacias:

Walgreens Pharmacy	110 Creighton Ave	Fort Wayne, IN	46803	260-456-1841
CVS Pharmacy	3918 S Calhoun St	Fort Wayne, IN	46807	260-744-2310

Counseling / Consejería:

Lafayette Medical Center	2700 Lafayette St	Fort Wayne, IN	46806	260-481-2700
Complete Behavioral Healthcare	2448 Lake Ave	Fort Wayne, IN	46805	260-639-4656

Online Mental Health Support / Apoyo de Salud Mental por internet:

Reach Out	https://au.reachout.com/			
Renewed Hope	https://renewedhope-counseling.com/teen-counseling/	317-360-5315		

SCHOOL RESOURCES / RECURSOS DE ESTUDIO

Schools / Escuelas:

South Side High School	3601 S Calhoun	Fort Wayne, IN	46807	206-467-2600
Fort Wayne Central High School	Fort Wayne, IN	Fort Wayne, IN	46802	260-467-2800

Todos los jóvenes también debe recibir una lista de recursos adicionales, que incluye servicios médicos, ayuda legal, información de escuelas, y otros recursos en su comunidad.

Paquete de Documentos de Salida del Albergue de ORR

Los siguientes documentos son muy importantes también pero **no todos los jóvenes los reciben**. Depende del tipo de caso que esté llevando.

7. Carta de Designación de Cuidado / Carta de Poder

La **Carta de Designación de Cuidado**, también conocida como "**Carta de Poder**" o "**Poder Notarial**", es una carta escrita, firmada y notarizada por los padres o tutores legales del joven que autoriza a su hijo o hija a estar bajo el cuidado del patrocinador.

Debe llevar este documento cuando inscriba al joven en la escuela y cuando lo lleve a recibir atención médica, ya que demuestra que usted es responsable del cuidado del joven en los Estados Unidos.

CARTA PODER

PRESENTE

En este acto otorgo a _____ un poder especial, pero tan amplio como en derecho proceda, para que en mi nombre y representación lleve a cabo todos los actos y trámites necesarios para _____ incluyendo presentar, entregar y recibir cualquier tipo de documento que se requiera para dichos fines.

El poder especial otorgado mediante la presente faculta al apoderado a realizar los actos y trámites mencionados ante _____

Ratifico expresamente desde ahora todos y cada uno de los actos que realice el apoderado en el ejercicio del presente mandato.

Por su propio derecho

Acepto el poder:

Firma: _____

TESTIGOS

8. Historial Educativo

Official Transcript				
Nombre Fecha de Nacimiento Fecha de Graduación Correo Electrónico		Nombre de Escuela Dirección de Escuela Ciudad y Estado Número de Teléfono		
Lab Science Courses				
Course	Final Grade	Add Weight for Honors/AP	Credits Earned	Course GPA
Biology & Lab	96	0.0	1.0	4.00
Chemistry & Lab	92	0.0	1.0	4.00
Physics & Lab	89	0.0	1.0	3.00
DE Biology & Lab	90	0.5	1.0	4.50
				-
				-
				-
				-
Total Lab Science Credits:		4.0		
Foreign Language & Elective Courses				
Course	Final Grade	Add Weight for Honors/AP	Credits Earned	Course GPA
French 1	92	0.0	1.0	4.00
French 2	89	0.0	1.0	3.00
French 3	88	0.0	1.0	3.00
French 4	87	0.0	1.0	3.00
Honors Latin	89	0.5	1.0	3.50
Technology: Adobe Graphics Applications	95	0.0	0.5	4.00
Technology: Microsoft Office Applications	93	0.0	0.5	4.00
Technology: Basics of Coding	90	0.0	0.5	4.00
Journalism	88	0.0	1.0	3.00
Drama	97	0.0	0.5	4.00
Computer Keyboarding	95	0.0	0.5	4.00
CPR & First Aid	100	0.0	0.5	4.00
World Religions	93	0.0	1.0	4.00
				-
				-
				-
Total Foreign Language & Elective Credits:		10.0		
Cumulative GPA:		3.643		
Total Cumulative Credits:		14.0		
Grading/GPA Scale: A 90-100 (4.0), B 80-89 (3.0), C 70-79 (2.0), D 60-69 (1.0), F 0-59(0.0)				

El paquete de **historial educativo** contiene información de la educación que ha recibido el joven. Los archivos pueden contener la educación previa que recibió en su país de origen y/o la educación recibida mientras estaba bajo el cuidado del albergue.

Estos registros se pueden usar para ayudar a determinar el nivel educativo dónde se debe ubicar al joven en sus estudios.

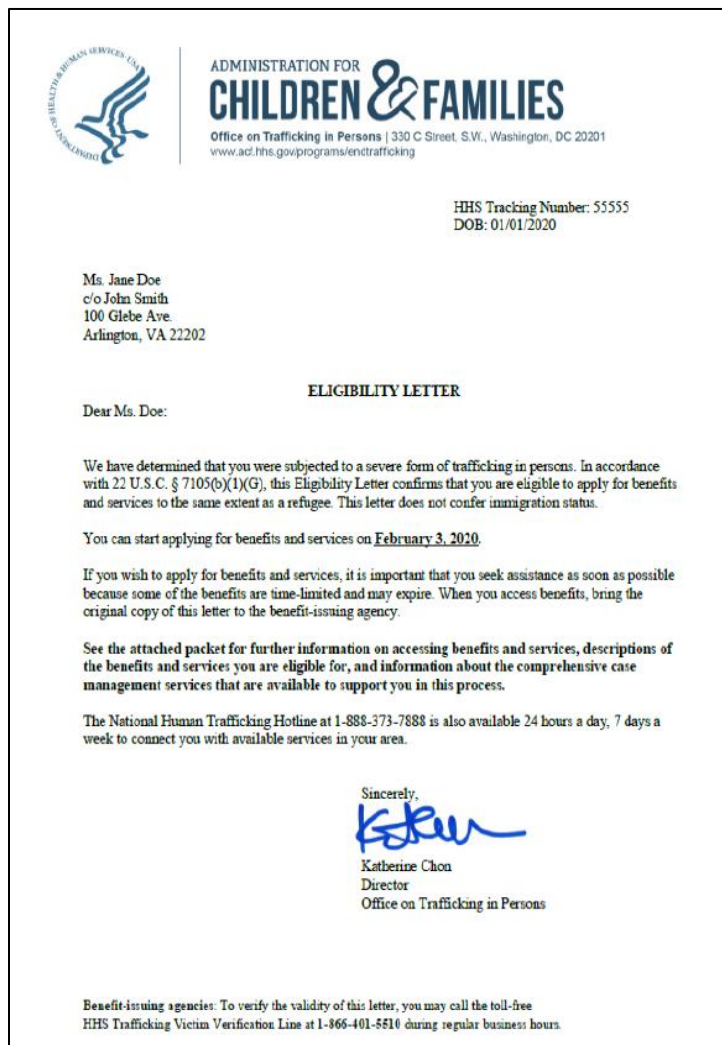
Aunque es útil tener estos registros y proporcionarlos a la nueva escuela del joven, **debe saber que no son necesarios para matricular al joven en la escuela.**

Paquete de Documentos de Salida del Albergue de ORR

9. Carta de Elegibilidad de la Oficina Contra la Trata de Personas

Conocida en inglés como “Office on Trafficking in Persons (OTIP) Eligibility Letter.”

Si corresponda para el joven, esta carta es un documento oficial proporcionado por la Administración de Niños y Familias que confirma que el joven es elegible para ciertos beneficios y servicios por ser víctima de la trata de personas.



Si está interesado en obtener más información, visite nuestra página de recursos para niños inmigrantes: ucresourcecenter.org.