



# PLAN PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

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

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

## ÉSTOS SON MIS DERECHOS:

- **Vivir en un ambiente seguro, donde me tratan de manera equitativa y justa.**
- **Ser incluido/a sin importar mi raza, mi religión, mi capacidad mental o física.**
- **Tener libertad de expresión y de religión.**
- **Tener privacidad.**
- **Vivir libre del abuso físico, verbal, o emocional.**
- **Vivir libre del abuso sexual, acoso, o la explotación de cualquier forma.**
- **Guardar silencio si me interroga un agente de inmigración o funcionario del gobierno.**
- **Hablar con un abogado, y no firmar nada sin primero hablar con un abogado.**

## NÚMEROS IMPORTANTES

Éstos son los números importantes a los que puedo llamar si soy víctima del abuso o del tráfico, si necesito apoyo en un momento de crisis, o para conseguir información sobre mi caso de inmigración. Si estoy en una situación de peligro inminente, debo llamar al 911.

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>911 (para cualquier emergencia)</b>                     | <input type="checkbox"/> Centro Nacional de ORR:<br>1-800-203-7001                    |
| <input type="checkbox"/> Línea directa del abuso infantil:<br>1-800-422-4453        | <input type="checkbox"/> Línea directa nacional del tráfico humano:<br>1-888-373-7888 |
| <input type="checkbox"/> Línea directa de la prevención del suicidio:<br>988        | <input type="checkbox"/> Planificación Familiar:<br>1-800-230-7526                    |
| <input type="checkbox"/> Línea directa de la violencia doméstica:<br>1-800-799-7233 | <input type="checkbox"/> Línea para averiguar la fecha de la corte:<br>1-800-898-7180 |
| <input type="checkbox"/> Línea directa del Control De Veneno:<br>1-800-222-1222     | <input type="checkbox"/> Otro:  |

## PERSONAS DE CONFIANZA:

Éstas son las personas de confianza a las que puedo acudir si necesito ayuda.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



# PLAN PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

## ESTRATEGIAS PARA AFRONTAMIENTO Y AUTOAYUDA

Éstas son las cosas que puedo hacer para calmarme, aliviar el estrés, y para sentirme mejor.

- 
- 
- 
- 

## METAS DE CORTO PLAZO

Éstas son las metas que quiero lograr durante los próximos tres meses.

Meta #1: \_\_\_\_\_ Fecha de objetivo: \_\_\_\_\_

Acción pendiente (¿cómo lo voy a lograr?) \_\_\_\_\_

Acción pendiente: \_\_\_\_\_

Meta #2: \_\_\_\_\_ Fecha de objetivo: \_\_\_\_\_

Acción pendiente (¿cómo lo voy a lograr?) \_\_\_\_\_

Acción pendiente: \_\_\_\_\_

Meta #3: \_\_\_\_\_ Fecha de objetivo: \_\_\_\_\_

Acción pendiente (¿cómo lo voy a lograr?) \_\_\_\_\_

Acción pendiente: \_\_\_\_\_

## METAS DE LARGO PLAZO

Éstas son las metas que quiero lograr durante los próximos tres años.

Meta #1: \_\_\_\_\_ Fecha de objetivo: \_\_\_\_\_

Acción pendiente (¿cómo lo voy a lograr?) \_\_\_\_\_

Acción pendiente: \_\_\_\_\_

Meta #2: \_\_\_\_\_ Fecha de objetivo: \_\_\_\_\_

Acción pendiente (¿cómo lo voy a lograr?) \_\_\_\_\_

Acción pendiente: \_\_\_\_\_

Meta #3: \_\_\_\_\_ Fecha de objetivo: \_\_\_\_\_

Acción pendiente (¿cómo lo voy a lograr?) \_\_\_\_\_

Acción pendiente: \_\_\_\_\_



# PLAN PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

## PLAN DE ALOJAMIENTO

Éste es el lugar donde voy a vivir después de cumplir 18 años.

Dirección: \_\_\_\_\_

Compañeros/Miembros de Casa: \_\_\_\_\_

Plan de Apoyo: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTOS IMPORTANTES

Éstos son los documentos que debo mantener seguros y accesibles

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Identificación con fotografía (Verificación de Salida u otra identificación) | <input type="checkbox"/> Registros escolares          |
| <input type="checkbox"/> Paquete de Documentos de Salida del Albergue de ORR                          | <input type="checkbox"/> Registros médicos            |
| <input type="checkbox"/> Documentación legal  | <input type="checkbox"/> Carta de OTIP (si se aplica) |
| <input type="checkbox"/> Una copia original de mi acta de nacimiento                                  | <input type="checkbox"/> Otro: _____                  |

## CAPACIDAD PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

**Habilidades fuertes: ¿Cuáles de estas cosas puedo hacer sólo/a?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hacer limpieza                        | <input type="checkbox"/> Higiene personal (ducharme, lavarme los dientes, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Preparar comida                       | <input type="checkbox"/> Primeros auxilios básicos                              |
| <input type="checkbox"/> Usar los aparatos de cocina           | <input type="checkbox"/> Manejo del dinero                                      |
| <input type="checkbox"/> Hacer las compras                     | <input type="checkbox"/> Comunicarme con los demás                              |
| <input type="checkbox"/> Lavar ropa                            | <input type="checkbox"/> Manejo del tiempo                                      |
| <input type="checkbox"/> Agendar citas médicas, legales, otras | <input type="checkbox"/> Usar un mapa   |
| <input type="checkbox"/> Usar el transporte público            | <input type="checkbox"/> Otro   |

**Áreas de necesidad: ¿Cuáles de estas habilidades quiero mejorar para prepararme para una vida independiente?**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## PLAN DE TRANSPORTE:

Éste es el plan que tengo para moverme de manera independiente:

Caminar     Bicicleta     Carro

Familia/Amigo(s): \_\_\_\_\_

Transporte Público

Instrucciones (modo, precio, lugar): \_\_\_\_\_



# PLAN PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

## MANEJO DEL DINERO

### Ésta es la información de mi banco:

Ahora tengo:  Una cuenta de cheques  Una cuenta de ahorros

¿Cuál es el nombre de mi banco? \_\_\_\_\_

### Voy a recibir apoyo financiero de las siguientes fuentes después de cumplir 18 (familia/amigos, beneficios, etc.)

Fuente: \_\_\_\_\_ Cantidad mensual: \_\_\_\_\_

Fuente: \_\_\_\_\_ Cantidad mensual: \_\_\_\_\_

Fuente: \_\_\_\_\_ Cantidad mensual: \_\_\_\_\_

## BENEFICIOS MÉDICOS/SEGURO MÉDICO

### Ésta es la información sobre mis beneficios médicos y mi seguro médico (si se aplica).

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Información de seguro: \_\_\_\_\_

### Éste es el nombre, número de teléfono, y dirección de mi farmacia.

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### Éstas son mis medicinas.

Nombre de medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Instrucciones: \_\_\_\_\_

Nombre de medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Instrucciones: \_\_\_\_\_

Nombre de medicina: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_

Instrucciones: \_\_\_\_\_

## PROVEEDORES DE SERVICIOS

### Éstos son mis proveedores de servicios actuales.

#### Médico

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



# PLAN PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

## Dental

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Vista

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Salud mental

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Legal

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Educación

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Recreación

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Otro

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## Afirmo que hemos hablado del plan y que estamos de acuerdo.

|  |                                       |       |
|--|---------------------------------------|-------|
| Nombre del/de la joven                 | Firma del/de la joven                 | Fecha |
| Nombre del/de la adulto/a responsable  | Firma del/de la adulto/a responsable  | Fecha |
| Nombre del/de la trabajador(a) de caso | Firma del/de la trabajador(a) de caso | Fecha |