



PLAN PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

Nombre: _____

Fecha: _____

ESTOS 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

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

PERSONAS DE CONFIANZA:

Estas 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

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

-
-
-
-

METAS DE CORTO PLAZO

Estas 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

Estas 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

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

Dirección: _____

Compañeros/Miembros de Casa: _____

Plan de Apoyo: _____

DOCUMENTOS IMPORTANTES

Estos son los documentos que debo mantener seguros y accesibles

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

CAPACIDAD PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

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

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

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

- _____
- _____
- _____
- _____

PLAN DE TRANSPORTE:

Este 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

Esta 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

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

Nombre: _____ Teléfono: _____

Información de seguro: _____

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

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Estas son mis medicinas.

Nombre de medicina: _____ Dosis: _____

Instrucciones: _____

Nombre de medicina: _____ Dosis: _____

Instrucciones: _____

Nombre de medicina: _____ Dosis: _____

Instrucciones: _____

PROVEEDORES DE SERVICIOS

Estos 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