

CÍRCULOS DE APOYO  
APLICACIÓN

Favor de contestar las preguntas siguientes. Use más papel si lo necesita más espacio.

DEVUÉLVALA A: CIRCLES OF SUPPORT, 1800 APPLETON RD. MENASHA, WI. 54952

INFORMACIÓN PERSONAL:

Nombre: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_

La Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad Y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono/Número de Contacto: \_\_\_\_\_

La Fecha del Nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Hombre/Mujer

La Fecha de Libertad: \_\_\_\_\_ DOC#: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

Libertad Condicional/Vigilancia Límite/ (rodee uno) Agente: \_\_\_\_\_

EN CUÁLES ÁREAS NECESITA USTED AYUDA? (ponga una marca al lado de todas que le pertenezcan)

\_\_\_ Empleo: Obtener y mantener empleo, destrezas, balanceando el trabajo en la vida  
\_\_\_ escribir un resumen \_\_\_ destrezas/entrevista \_\_\_ destrezas/trabajo

\_\_\_ Educación: Educación y destrezas vocacionales que quiere

\_\_\_ GED \_\_\_ entrenamiento vocacional \_\_\_ universidad \_\_\_ educación básica

\_\_\_ Familia/Matrimonio: Contacto y apoyo de la familia

\_\_\_ consejos \_\_\_ cuidar a los niños \_\_\_ orden público para mantener los niños \_\_\_ clases para mejorar las destrezas de los padres

\_\_\_ Conocidos: Contactos positivos con otras personas

\_\_\_ enseñanza \_\_\_ destrezas sociales \_\_\_ resistir la influencia negativa de los contactos

\_\_\_ Abuso de las sustancias: Vivir sin el alcohol y las drogas

\_\_\_ AA/NA/CA \_\_\_ AODA consejos \_\_\_ tratamiento residencial

\_\_\_ La vivienda en la comunidad: Conocimiento y destrezas para vivir diariamente

\_\_\_ vivienda \_\_\_ médico/dental \_\_\_ arreglarse su dinero  
\_\_\_ transportación/licencia de conducir \_\_\_ actividades del ocio

\_\_\_ Personal/Emocional: Buena salud mental y buena conducta

\_\_\_ salud mental con consejos/medicaciones \_\_\_ mantener la ira/cólera  
\_\_\_ violencia doméstica \_\_\_ mantener la estrés \_\_\_ hacer buenas selecciones

\_\_\_ Otras cosas: Favor de describir

FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS SIGUIENTES:

1. Favor de describir un tiempo en su vida cuando usted se sentía bien de lo que ha logrado.
2. Cómo lo ha logrado ? Había otra persona que le ayudó lograrlo?
3. Cuáles son tres metas que usted quiere lograr en los seis meses siguientes cuando usted regresa a casa?
4. Qué va a hacer para lograr las metas?
5. Qué puede hacer Los Círculos de Apoyo para ayudarle?

La Firma: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_  
(Participante)

La Firma: \_\_\_\_\_ La Fecha: \_\_\_\_\_  
(Voluntario de Los Círculos de Apoyo)