

NUESTRO PLAN FAMILIAR



HISPANIC LATINO
Coalition
OF LOUISVILLE



UNA VOZ PARA LOS TRABAJADORES



AMERICAN CIVIL LIBERTIES UNION
OF KENTUCKY



Números de emergencia e información

Números de Teléfono de Emergencia En caso de una emergencia grave, marque el 911	Números de las Pólizas de Seguro
Policía (desde la casa):	Del Hogar: Compañía:
Policía (desde el trabajo):	Número:
Policía (desde la escuela):	Número de Póliza:
Bomberos:	Auto: Compañía:
Alguacil mayor:	Número:
Consulado de mi país:	Número de Póliza:
Familia/Contactos importantes en los EEUU:	Datos Médicos Importantes
Nombre:	Doctor (Nombre):
Teléfono(Casa):	Teléfono:
Trabajo:	
Parentesco:	Doctor (Nombre):
Nombre:	Teléfono:
Teléfono(Casa):	
Trabajo:	(Pediatra) Nombre:
Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	
Teléfono(Casa):	Equipo Medico:
Trabajo:	Nombre:
Parentesco:	Teléfono:
Familia/Contactos importantes en mi país:	Número de Cuenta:
Nombre:	
Teléfono(Casa):	Farmacia
Trabajo:	Nombre:
Parentesco:	Teléfono:
Nombre:	Hospital
Teléfono(Casa):	Nombre:
Trabajo:	Teléfono:
Parentesco:	



Records Importantes de su Familia

Use este formulario para tener toda esta información importante en el mismo lugar accesible. Ponga los originales de cada documento en un lugar seguro (por ejemplo, en una caja fuerte)

<u>Números importantes del Trabajo</u>	<u>Números importantes de la Escuela y de la Guardería</u>
Empleador #1	Escuela #1
Nombre:	Nombre del niño(a):
Teléfono:	Nombre de la Escuela:
Supervisor:	Nombre del Maestro(a):
Teléfono del Supervisor:	Número de teléfono:
Representante del Sindicato:	Número de identificación escolar:
Número de Teléfono	Escuela #2
	Nombre del niño(a):
Empleador #2	Nombre de la Escuela:
Nombre:	Nombre del Maestro(a):
Teléfono:	Número de teléfono:
Supervisor:	Número de identificación escolar:
Teléfono del Supervisor:	
Representante del Sindicato:	Escuela #3
Número de Teléfono	Nombre del niño(a):
	Nombre de la Escuela:
Empleador #3	Nombre del Maestro(a):
Nombre:	Número de teléfono:
Teléfono:	Número de identificación escolar:
Supervisor:	<i>Debería adjuntar cualquier política o plan para desastres que existe en la(s) escuela(s) de su hijo(s)</i>
Teléfono del Supervisor:	<u>Números de Seguro Social o ITIN</u>
Representante del Sindicato:	Nombre:
Número de Teléfono	Número:
Debería adjuntar cualquier reglamento o información sobre los lugares en dónde usted trabaja.	Nombre:
<u>Información importante de los Vehículos</u>	Número:
Vehículo 1- Número de placa:	Nombre:
Número de identificación (VIN):	Número:
Préstamo:	Nombre:
Seguro:	Número:
	Nombre:
Vehículo 2- Número de placa:	Número:
Número de identificación (VIN):	
Préstamo:	
Seguro:	
<i>Adjunta una copia del registro de cada vehículo y una foto de cada una.</i>	<i>Adjunte una copia de cada tarjeta del seguro social.</i>



Información médica e identificación de su familia

Adjunte una copia de su acta de nacimiento, records de vacunación, y foto para cada miembro de su familia.

Miembro de la Familia 1

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Número de licencia de conducir:

Donador de Órganos: SI NO

Alergias:

Medicamentos:

Condiciones Médicas y historia:

Miembro de la Familia 2

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Número de licencia de conducir:

Donador de Órganos: SI NO

Alergias:

Medicamentos:

Condiciones Médicas y historia:

Miembro de la Familia 3

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Número de licencia de conducir:

Donador de Órganos: SI NO

Alergias:

Medicamentos:

Condiciones Médicas y historia:

Miembro de la Familia 4

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Número de licencia de conducir:

Donador de Órganos: SI NO

Alergias:

Medicamentos:

Condiciones Médicas y historia:



Información médica e identificación de su familia

Adjunte una copia de su acta de nacimiento, records de vacunación, y foto para cada miembro de su familia.

Miembro de la Familia 5

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Número de licencia de conducir:

Donador de Órganos: SI NO

Alergias:

Medicamentos:

Condiciones Médicas y historia:

Miembro de la Familia 6

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Número de licencia de conducir:

Donador de Órganos: SI NO

Alergias:

Medicamentos:

Condiciones Médicas y historia:

Personas que SI pueden recoger a mi(s) hijo(s) de la escuela / guardería

Nombre:

Teléfono(Casa):

Trabajo:

Parentesco:

Nombre:

Teléfono(Casa):

Trabajo:

Parentesco:

Quien NO Debe recoger a mi(s) hijo(s):

Nombre:

Nombre:

Nombre:

*Asegure de informar al personal de la escuela de sus hijos que las personas listadas en estas secciones tienen el permiso que recoger a sus hijos o que no lo tienen y que tengan la información mas completa y al día.

*Si existe una orden de protección, adjunte una copia de esa orden y archive otra copia con la escuela o guardería de su(s) hijo(s).



Problemas Jurídicos, Robo de Identidad, y Contactos para Fraude

por su seguridad, NO APUNTE los números de su tarjeta de crédito o números de cuentas en este documento.

Compañías de las Tarjetas de Crédito

Nombre:

Número (número gratuito):

Nombre:

Número (número gratuito):

Nombre:

Número (número gratuito):

Nombre:

Número (número gratuito):

Recuerde que debe reportar cualquier robo de tus tarjetas de crédito de inmediato.

Contactos para sus Asuntos Financieros

Cuenta de Cheques #1:

Banco:

Número (gratuito):

Cuenta de Cheques #2:

Banco:

Número (gratuito):

Cuenta de Ahorros #1:

Banco:

Número (gratuito):

Cuenta de Ahorros #2:

Banco:

Número (gratuito):

Contactos de Frecuencia:

Actuario(a):

Fiscal:

Programa de Violencia Domestica:

Lada para reportar abuso contra los niños:

Ayuda Jurídica Civil

Asistencia Jurídica:

Abogado Civil:

Abogado Criminal:

Defensor(a) para víctimas

Otros números importantes y necesarios:



Cuidado de Emergencia de Mascotas

Adjunte una foto de cada mascota.

Mascota 1

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Raza:

Descripción:

Licencia/Numero de registro:

Medicamentos:

Problemas médicos:

Mascota 2

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Raza:

Descripción:

Licencia/Numero de registro:

Medicamentos:

Problemas médicos:

Veterinario

Nombre:

Teléfono:

Numero de emergencia:

Albergues de emergencia para mascotas/ "Humane
Society"

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Veterinario de emergencia

Nombre:

Teléfono:

Dirección:

Otras Notas: