**Programa de Fortalecimiento de Familias**

El programa de Fortalecimiento Familiar es un programa de 14 sesiones para padres/tutores y sus hijos de 6 a 17 años, residentes del Condado de Anne Arundel. Es patrocinado por el Departamento de Servicios de Prevención de la Salud del Condado de Anne Arundel y se llevará a cabo en varios lugares del Condado.

El programa proporciona capacitación en crianza de los hijos; enseña habilidades sociales y de vida para los niños y habilidades de relacionamiento familiar. El programa enseña actividades familiares estructuradas, como hacer reuniones familiares, juegos y planificación de actividades. El programa ayuda a mejorar las comunicaciones familiares; como padres/tutores pueden enseñar una disciplina efectiva y como pueden establecer limitaciones constructivas, mejorar el comportamiento de sus hijos y desarrollar una comprensión del impacto negativo del abuso de sustancias desconocidas (drogas) en las relaciones familiares.

El programa se reúne una vez a la semana durante 14 semanas y ofrece una cena a los participantes a cada sesión. Ayudamos a las familias con el transporte y el ofrecemos cuidado de los niños pequeños (de 0 a 5 años de edad) durante el programa, para que las familias puedan participar. El siguiente ciclo comienza en:

**La escuela: Walter S. Mills-Parole Elementary School**

**Dirección:** 1 George and Marion Phelps Ln, Annapolis, MD 21401

**Día y hora**: Miércoles, from 5:30pm – 8pm

**Fechas:** empieza día 19 de febrero de 2020 y termina el día 20 de maio 2020

**Tarjetas de regalo se darán como incentivo después de cuatro semanas consecutivas que las familias vengan al programa**. Si desea participar o saber más sobre este programa **GRATUITO,** complete la información abajo y uno de nuestros empleados se pondrá en contacto con usted.

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Me interesa hablar con alguien sobre el Programa de Fortalecimiento Familiar.

Les doy permiso para que me contraten con respecto a este programa.

Póngase en contacto con Loise Taliaferro @ (410) 222-6724 o @ hdtali00@aacounty.org

Mi Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coreo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE FORTACEMIENTO DE FAMILIAS**

**Aplicación**

Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Referido por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino

Raza: ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska ( ) Asiático ( ) Negro o Afroamericano

( ) Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ( ) Blanco ( ) Otro

Origen étnica: ( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano o Latino

Teléfono de casa:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Celular:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cónyuge o otro adulto que ira participar del programa

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

**Sexo**: ( ) Femenino ( ) Masculino

**Raza:** ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska ( ) Asiático ( ) Negro o Afroamericano

( ) Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ( ) Blanco ( ) Otro

**Origen étnica:** ( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano o Latino

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, escriba los nombres e la edad de todos sus hijos e hijas de 0 hasta 17 años de edad que irán participar del programa,

/ /

1. Nombre completo Fecha de Nacimiento Edad

**Sexo**: ( ) Femenino ( ) Masculino

**Raza:** ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska ( ) Asiático ( ) Negro o Afroamericano

( ) Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ( ) Blanco ( ) Otro

**Origen étnica:** ( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano o Latino

/ /

2) Nombre completo Fecha de Nacimiento Edad

**Sexo**: ( ) Femenino ( ) Masculino

**Raza:** ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska ( ) Asiático ( ) Negro o Afroamericano

( ) Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ( ) Blanco ( ) Otro

**Origen étnica:** ( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano o Latino

/ /

3) Nombre completo Fecha de Nacimiento Edad

**Sexo**: ( ) Femenino ( ) Masculino

**Raza:** ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska ( ) Asiático ( ) Negro o Afroamericano

( ) Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ( ) Blanco ( ) Otro

**Origen étnica:** ( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano o Latino

/ /

4) Nombre completo Fecha de Nacimiento Edad

**Sexo**: ( ) Femenino ( ) Masculino

**Raza:** ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska ( ) Asiático ( ) Negro o Afroamericano

( ) Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ( ) Blanco ( ) Otro

**Origen étnica:** ( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano o Latino

/ /

5) Nombre completo Fecha de Nacimiento Edad

**Sexo**: ( ) Femenino ( ) Masculino

**Raza:** ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska ( ) Asiático ( ) Negro o Afroamericano

( ) Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ( ) Blanco ( ) Otro

**Origen étnica:** ( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano o Latino

/ /

6) Nombre completo Fecha de Nacimiento Edad

**Sexo**: ( ) Femenino ( ) Masculino

**Raza:** ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska ( ) Asiático ( ) Negro o Afroamericano

( ) Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ( ) Blanco ( ) Otro

**Origen étnica:** ( ) Hispano o Latino ( ) No Hispano o Latino

**¿Necesita transporte?** Si ( ) No ( )

**Si respondió SÍ a la pregunta anterior, ¿necesita asientos para asientos elevados para sus hijos? Si\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_**

Envíe un fax a Loise Taliaferro al 410-222-6748 o envíe un correo electrónico a hdtali00@aacounty.org o envíe un correo a:

**Anne Arundel County Department of Health**

**Prevention and Education Services**

**Behavioral Health Building**

**122 Langley Road N., Glen Burnie, MD 21060 / 410-222-1844**