**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, por Video Conferencia (ZOOM) y ofrece una entrega de cena and la casa de los participantes a cada sesión. Ofrecemos tarjetas de regalo por participación, los libros del programa y otros materiales. El próximo programa:

**Familias del Condado de Anne Arundel, con preferencia dada a estudiantes / familias del Norte del Condado**

**Ubicación del programa (virtual): por Video Conferencia (ZOOM)**

**Día y hora: Martes, 6:00PM to 7:30PM**

**Fechas: Septiembre 15, 2020 hasta Diciembre 15, 2020**

Tarjetas de regalo se darán como incentivo a cada cuatro semanas que las familias participen del 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. **Importante: completar y enviar esta aplicación no garantiza su espacio en el programa. Si se selecciona usted y su familia, Loise Taliaferro, Supervisora ​​del Programa de Fortalecimiento de Familias se comunicará con usted. El espacio es limitado debido a la financiación limitada. ¡Gracias!**

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

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) 507-5147 o @ hdtali00@aacounty.org

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

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

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

Mejor hora para llamar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Escuela 2020-2021:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado:**\_\_\_\_\_\_\_

 / /

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

**Escuela 2020-2021:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado:**\_\_\_\_\_\_\_

 / /

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

**Escuela 2020-2021:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado:**\_\_\_\_\_\_\_

 / /

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

 **Escuela 2020-2021:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado:**\_\_\_\_\_\_\_

 / /

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

**Escuela 2020-2021:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado:**\_\_\_\_\_\_\_

 / /

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

**Escuela 2020-2021:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Grado:**\_\_\_\_\_\_\_

Contacte a Loise Taliaferro al 410-507-5147 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**