



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.

☐ 911 (para cualquier emergencia)	☐ Centro Nacional de ORR: 1-800-203-7001
☐ Línea nacional de ayuda contra el abuso infantil: 1-800-422-4453	☐ Línea nacional contra la trata de personas: 1-888-373-7888
☐ Línea de prevención del suicidio y crisis: 988	☐ Planificación Familiar: 1-800-230-7526
☐ Línea nacional de violencia doméstica: 1-800-799-7233	☐ Línea para averiguar la fecha de la corte: 1-800-898-7180
☐ Línea directa del control de veneno: 1-800-222-1222	☐ Otro: _____

DE CONFIANZA

Personas de confianza a las que puedo acudir si necesito ayuda.

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____



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)

☐ Registros escolares

☐ Paquete de Documentos de Salida del Albergue de ORR

☐ Registros médicos

☐ Documentación legal

☐ Carta de OTIP (si se aplica)

☐ Una copia original de mi acta de nacimiento

☐ Otro: _____

CAPACIDAD PARA LA VIDA INDEPENDIENTE

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

☐ Hacer limpieza

☐ Higiene personal (ducharme, lavarme los dientes, etc.)

☐ Preparar comida

☐ Primeros auxilios básicos

☐ Usar los aparatos de cocina

☐ Manejo del dinero

☐ Hacer las compras

☐ Comunicarme con los demás

☐ Lavar ropa

☐ Manejo del tiempo

☐ Agendar citas médicas, legales, otras

☐ Usar un mapa

☐ Usar el transporte público

☐ 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