



RETURN AND REINTEGRATION PROJECT (formerly GCRRP)

ESPAÑOL

A. ACUERDO DEL NIÑO(A) PARA RECIBIR SERVICIOS POR MEDIO DEL GCRRP

Mi nombre es _____ (nombre del niño(a)) y mi fecha de nacimiento es: _____ . Mi (marca uno) trabajador (a) de casos _____ (nombre), abogado (a) de inmigración _____ (nombre), defensor (a) _____ (nombre) me ha presentado información sobre el Proyecto de Retorno y Reintegración De Niños Guatemaltecos de KIND y quiero participar en el proyecto de GCRRP.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. La meta del Proyecto de Retorno y Reintegración de KIND es ayudarme a reunificarme de manera segura con mi familia y proveerme orientación e información de recursos para que yo pueda reintegrarme de manera segura y exitosamente en la sociedad Guatemalteca/Hondureña.
2. El Proyecto de Retorno y Reintegración me asistirá para encontrar servicios a mi llegada a Guatemala/Honduras.
3. Para hacer esto, el personal del Proyecto de Retorno y Reintegración me entrevistará por medio del teléfono, o la computadora (video), o en persona, y me preguntará acerca de mí, mi vida en Guatemala/Honduras, y qué tipo de servicios o apoyo necesitaré cuando regrese a Guatemala/Honduras.
4. Entiendo que puedo discontinuar mi participación en el Proyecto de Retorno y Reintegración en cualquier momento.
5. Si decido discontinuar mi participación en el Proyecto de Retorno y Reintegración, el Proyecto cerrará mi caso y ninguna coordinación o intercambio de información ocurrirá entre KIND y las organizaciones con las que trabaja en Guatemala/Honduras.

Firma del Niño (a): _____ Fecha (mes/día/año): _____

Nombre del Niño en letra de Molde: _____

B. ACUERDO DEL NIÑO PARA QUE KIND COMPARTA Y REVELE INFORMACIÓN

1. Con el fin de que se ayude a coordinar servicios para mí en Guatemala/Honduras, yo doy permiso al Proyecto de Retorno y Reintegración para recibir una copia de mi acta de nacimiento y, cuando el Proyecto lo considere necesario, copias de cualquier documento relevante con referencia a mi historial médico y de educación.
2. Con el fin de ayudarme a encontrar recursos y servicios cuando regrese a Guatemala/Honduras, yo doy permiso al Proyecto de Retorno y Reintegración de compartir información relevante con las organizaciones y agencias con las que KIND coordina en Guatemala/Honduras. Excepto como doy mi consentimiento, el Proyecto de otra manera mantendrá mi información privada en confidencia.
3. Si, después de entrevistarme con el personal de Proyecto de Retorno y Reintegración, hay una preocupación sobre mi retorno a casa, yo doy permiso al Proyecto de contactar a mi trabajador (a) de caso, mi defensor (a), y/o a mi abogado (a) de inmigración para reunir y compartir información acerca de mi caso y así ayudarlos a completar su evaluación para mis servicios. Yo entiendo que el permitir que Proyecto de Retorno y Reintegración hable con mi abogado (a) no garantiza un cambio en el resultado legal de mi caso de inmigración.

Firma del Niño (a): _____ Fecha (mes/día/año): _____

Nombre del Niño en Letra de Molde: _____

C. CONFIRMACION POR ADULTO INDEPENDIENTE

Yo (nombre) _____, (marca uno) abogado (a), defensor (a), trabajador (a) de caso para _____ (nombre del niño (a)) declaro que:

- I. Yo he presentado la información incluida en los ocho puntos arriba al niño (a) arriba mencionado en su idioma, y he contestado sus preguntas.
- II. Yo tengo más de 18 años de edad y no tengo conflicto de interés en ayudar al niño (a) arriba mencionado en su consideración para participar en el proyecto de retorno y reintegración de KIND.
- III. Seguido de mi consulta con el niño (a) arriba mencionado, él/ ella ha declarado que entiende los ocho puntos arriba y que su participación en el GCRRP es voluntaria. Él/ ella me ha me ha declarado que desea participar en el proyecto de GCRRP.

Firma del Adulto Independiente: _____ Fecha (mes/día/año): _____

Nombre del Adulto Independiente en Letra de Molde: _____



ENGLISH

A. CHILD’S AGREEMENT TO RECEIVE SERVICES THROUGH GCRRP

My name is _____ (name of child) and my date of birth is: _____
_____. My (check one) case worker _____ (name), immigration attorney _____ (name), advocate _____ (name) has presented information to me about KIND’s Guatemalan Child Return and Reintegration Project (GCRRP) and I want to participate in the GCRRP program.

I understand and agree to the following:

1. The goal of KIND’s Return & Reintegration Project is to help me reunify safely with my family and to provide guidance and resource information so that I can reintegrate safely and successfully in Guatemalan/Honduran society.
2. The Return & Reintegration Project will assist me in trying to find services upon my arrival in Guatemala/Honduras.
3. To do this, the Return & Reintegration Project staff will interview me over the phone, or the computer (video), or in person, and will ask me questions about myself, my life in Guatemala/Honduras, and the types of services and support I may need when I return to Guatemala/Honduras.
4. I understand that I can terminate my participation in this Return & Reintegration Project at any time.
5. If I decide to discontinue my participation in the Return & Reintegration Project, the Project will close my case and no further coordination of services or sharing of information will occur between KIND and the organizations they work with in Guatemala/Honduras.

Child Signature: _____ Date (month/day/year): _____

Child’s Printed name: _____

B. CHILD’S AGREEMENT FOR KIND TO SHARE AND DISCLOSE INFORMATION

- 1. In order to help coordinate services for me in Guatemala/Honduras, I give permission to the Return & Reintegration Project to receive a copy of my birth certificate and, when the Project finds it necessary, a copy of any relevant documentation regarding my medical and education history.

- 2. In order to help me find resources and services when I return to Guatemala/Honduras, I give permission to the Return & Reintegration Project to share relevant information with the organizations and agencies with which KIND coordinates in Guatemala/Honduras. Except as I may give my consent, the Return & Reintegration Project will otherwise maintain my private information in confidence.

- 3. If, after interviewing with the Return & Reintegration Project staff, there is a concern about my return home, I give the Project permission to contact my case worker, referring advocate, and/ or immigration lawyer to gather and share more information about my case in order help them complete their assessment for services. I understand that allowing the Return & Reintegration Project to talk to my lawyer does not guarantee a change in the legal outcome of my immigration case.

Child Signature: _____ Date (month/day/year): _____

Child’s Printed name: _____

C. CONFIRMATION BY INDEPENDENT ADULT

I (name) _____, (check one) lawyer, advocate, case worker for _____

(child’s name) acknowledge that:

- I. I have presented the information included in the eight items above to the above-named child in his/her language, and I have answered his/her questions about them.

- II. I am over the age of 18 and have no conflicting interest in assisting the above-named child in his/her consideration of participating in KIND’s return and reintegration services.

- III. Following my consultation with the above-named child, he/she has stated that he/she understands the eight items above and that participation in the Return & Reintegration Project is voluntary. He/she has told me that he/she wishes to participate in the Return & Reintegration Project.

Independent Adult Signature: _____ Date (month/day/year): _____

Independent Adult’s Printed Name: _____