



KIDS IN NEED OF DEFENSE

Proyecto de Retorno y Reintegración de Niños y Niñas Migrantes - CMRRP

ESPAÑOL

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

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 y Niñas Migrantes (CMRRP) de KIND y quiero participar en el proyecto de CMRRP.

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. La meta del CMRRP 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 CMRRP me asistirá para encontrar servicios a mi llegada a Guatemala/Honduras.
3. Para hacer esto, el personal del CMRRP 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 CMRRP en cualquier momento.
5. Si decido discontinuar mi participación en el CMRRP, el CMRRP 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 CMRRP para recibir una copia de mi acta de nacimiento y, cuando el CMRRP 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 CMRRP de compartir información relevante con las organizaciones y agencias con las que KIND coordina en Guatemala/Honduras. Excepto como doy mi consentimiento, el CMRRP de otra manera mantendrá mi información privada en confidencia.
3. Si, después de entrevistarme con el personal de CMRRP, hay una preocupación sobre mi retorno a casa, yo doy permiso al CMRRP 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 CMRRP 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 CMRRP es voluntaria. Él/ ella me ha me ha declarado que desea participar en el proyecto de CMRRP.

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

Nombre del Adulto Independiente en Letra de Molde: _____



KIDS IN NEED OF DEFENSE

Child Migrant Return & Reintegration Project - CMRRP

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 Child Migrant Return & Reintegration Project (CMRRP) and I want to participate in the CMRRP program.

I understand and agree to the following:

1. The goal of KIND's CMRRP 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 CMRRP will assist me in trying to find services upon my arrival in Guatemala/Honduras.
3. To do this, the CMRRP 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 the CMRRP at any time.
5. If I decide to discontinue my participation in the CMRRP, 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 CMRRP to receive a copy of my birth certificate and, when the CMRRP 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 CMRRP to share relevant information with the organizations and agencies with which KIND coordinates in Guatemala/Honduras. Except as I may give my consent, the CMRRP will otherwise maintain my private information in confidence.
- 3. If, after interviewing with the CMRRP staff, there is a concern about my return home, I give the CMRRP 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 CMRRP 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 CMRRP is voluntary. He/she has told me that he/she wishes to participate in the CMRRP.

Independent Adult Signature: _____ Date (month/day/year): _____
Independent Adult’s Printed Name: _____