

Solicitud para Entrenamiento de Maestro**Fecha de Entrenamiento:** _____

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Tel. Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Correo Electrónico _____ Fax _____

Horario para contactarlo _____

Referencias (Nombre e información de contacto) _____

(Nota: La persona que elija como referencia debe conocerlo lo suficientemente bien para recomendarlo al Entrenamiento de Maestro de Familia a Familia.)

¿Es usted miembro de NAMI? Si _____ No _____ (La membresía de NAMI es un requisito)

Nombre del Afiliado: _____

Por favor marque todas las opciones que apliquen:

Familiar de persona con Enfermedad Mental _____

Profesional/Trabajador Social _____

Persona con Enfermedad Mental _____

Otro _____

¿Cuál es su relación con la persona con Enfermedad Mental? _____

Explique brevemente:

¿Usted ya tomó el curso de 12 semanas de Familia a Familia? Si _____ No _____

¿Se ha graduado de algún otro programa educativo de NAMI? Si _____ No _____

En caso afirmativo, escriba los programas: _____

¿Ha sido acusado de algún crimen o delito mayor? (Opcional) Si _____ No _____

Por favor explique porque desea ser un Maestro de NAMI de Familia a Familia:

Requisitos del puesto:

- ✓ Disposición para capacitarse y aprender el modelo del programa
- ✓ Compromiso de enseñar al menos 2 veces el Curso de 12 semanas de Familia a Familia
- ✓ Habilidad para reportar los datos del curso según se requiera
- ✓ Disposición para identificar potenciales futuros maestros de los cursos de educación de NAMI
- ✓ Disposición para promover la membresía de NAMI entre los participantes del curso
- ✓ Ser miembro de NAMI

☐ **He leído y entiendo los requisitos del puesto de Maestro de Familia a Familia de NAMI**
_____ (Iniciales)

☐ **Entiendo que mi participación en el entrenamiento de Familia a Familia no garantiza que vaya a ser certificado como Maestro del Curso**
_____ (Iniciales)

☐ **Si soy aceptado, entiendo que me estoy comprometiendo a participar en la totalidad del entrenamiento y si soy certificado como Maestro del Curso, enseñaré al menos 2 veces el curso de Familia a Familia**
_____ (Iniciales)

(Fecha)

(Firma)

Presidente de la Afiliación: Por favor adjunte una carta de recomendación de la persona que está solicitando el Entrenamiento de Maestro de Familia a Familia de NAMI. Si su afiliación no puede cubrir la cuota de inscripción del Entrenamiento, explique detalladamente las razones.

La cuota de inscripción debe ir acompañada de la solicitud. Si el solicitante no es aceptado en el Entrenamiento, el cheque le será devuelto. Al respaldar al solicitante, el afiliado se hace responsable de los cargos que se generen de NAMI Illinois si el solicitante no se presenta o cancela al menos dos semanas previas al entrenamiento. Los gastos de viaje y hospedaje serán responsabilidad del afiliado y/o de la persona que acudirá al entrenamiento.

Firma del Presidente de la Afiliación _____ Fecha _____

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Status de la solicitud:

- ☐ **Aplicación**
- ☐ **Carta de recomendación del Presidente de la Afiliación**
- ☐ **Cuota del Entrenamiento \$150.00**

Total \$ _____

Por favor envíe la solicitud y el pago de la cuota a:
NAMI Illinois, 218 West Lawrence, Springfield, Illinois 62704