

Survivors Healing Center

Un Espacio de Bienvenida para los Sobrevivientes de Abuso Sexual Infantil y Partidario

Gracias por su interés en nuestro grupo de Terapia de Abuso Sexual Infantil

POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE, firme y feche esta página, llene la forma de registración y mande este paquete incluyendo una copia de verificación de ingreso (si postula para una beca) y envíe a nosotros tan pronto le convenga.

Como Registrarse en El Grupo

1. Complete la Forma de Registración.
2. Devuelva el paquete completo con \$45 de entrada. Esta cuota — **NO ES REEMBOLSABLE** porque le asegurará su lugar en la lista de espera y es aplicado al proceso de administración. Verificación de salario se requiere si necesita ayuda financiera o una beca. Basado en nuestra presupuesto se le notificará sobre la suma de pago por cada reunión de grupo.
3. Una vez Survivors Healing Center reciba su información, su nombre será agregado en la lista de espera. Usted puede contactarnos en nuestra oficina para averiguar su estatus en la lista.
4. Cuando haya un espacio disponible, en el grupo, la/el terapeuta de grupo le contactará. Cada terapeuta contactará, hará los horarios y las entrevistas en persona haciendo preguntas sobre su historia, necesidades específicas, metas y ve su presente situación. Usted puede tomar esta oportunidad para hacer preguntas sobre el funcionamiento del grupo.
5. Si es determinado que usted este en el grupo pero no hay espacio disponible la/el terapeuta le notificará cuando el grupo tendrá espacio en el transcurso de 12 semanas.

EXCEPCIONES DE REEMBOLSO DE LA CUOTA DE PAGO

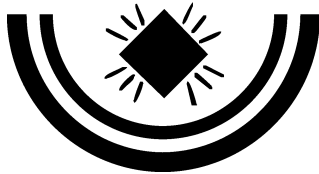
La cuota será reembolsada sólo si SHC no encuentra espacio disponible en el grupo que será previsto en su entrevista.

PLAN DE PAGO PARA PARTICIPACION EN EL GRUPO

El costo de la serie del grupo de 12 semanas es de \$45 por semana o \$540 por toda la serie. Los pagos se harán semanal. Su pago semanal (será determinado tan pronto la verificación de su ingreso sea aclarado) el cual es determinado semanalmente. No excepciones. (Después que el ciclo del grupo ha empezado, usted será responsable del pago completo a pesar de su asistencia).

Por favor firme en el espacio abajo si está de acuerdo a pagar las 12 semanas de terapia una vez el grupo haya empezado.

Firma _____ Fecha _____



Survivors Healing Center

104 Walnut Ave., Suite 208

Santa Cruz, CA 95060

(831) 423-9444

www.fsa-cc.org/survivors-healing-center

SOLICITUD DE REGISTRO

Nombre: _____

Fecha: _____

Domicilio: _____

Numero de Telefono*: _____

Mensaje o Celular _____

*** Podemos dejarle un mensaje**

diciendo Survivors Healing Center?

(Circula uno)

NO Si

POR FAVOR ✓ CHECA EL/LOS PROGRAMA(S) PARA EL CUAL TU MANDAS TU CUOTA:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grupo de Terapia para Mujeres Latínas | <input type="checkbox"/> Grupo de Terapia para Mujeres |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Terapia para Jovenes (Género) _____ | <input type="checkbox"/> Grupo de Terapia para Hombres |
| <input type="checkbox"/> Grupo de Terapia en Español (Género) _____ | <input type="checkbox"/> Grupo de Terapia para LGBTI |
| <input type="checkbox"/> Retiro de Terapia Intensiva | <input type="checkbox"/> Otro, favor describa: _____ |

FORMA DE PAGO Y DISPONIBILIDAD

1. Programa de Testigos de Víctimas (Victim Witness)

Nombre _____ Teléfono _____

VOC reclamo # : _____ Fecha _____

2. CalWorks (Infomación requerida)

Nombre del trabajador _____

Teléfono _____

Séguro Social # : _____

3. Pago Personal (Escala *Solicitud de Registro y cuota de pago DEBE someterse al mismo tiempo.* Por favor llaménos para averiguar su cuota y pago semanal.)

Ingreso Mensual de su Hogar \$ _____.

Número de personas que reciben más de la mitad de su ingreso en EEUU o en su país natal _____.

4. Disponibilidad (por favor ✓ chéque todo lo que se le aplica)

Sesiones de *Terapia son de dos horas*. Verifique las cajas apropiadas para su propio horario para acomodar mejor sus necesidades.

- Lunes 4:00 PM-9:00 PM Martes 9:00 AM-12:00 PM
 Miércoles 4:00 PM-9:00 PM Jueves 9:00 AM-9:00 PM
 Viernes 4:00 PM-9:00 PM

5. Información Opcional:

Survivors Healing Center pide la siguiente información para servir mejor a sus clientes. Todo será confidencial. Es opcional dar esta información.

- a) Etnicidad: _____
b) Primer idioma hablado: _____
 Segundo idioma, etc: _____
c) Ocupación: _____
d) Género de identidad: _____

También ofrecemos eventos como series habladas o paneles, talleres de limitaciones a su privacidad, noche de películas, caminatas para romper con el silencio del abuso sexual, El arte de sanar, etc. Por favor dénos su dirección de correo electrónico para mantenerle informada de nuestros eventos. Todo será privado y confidencial.

Correo Electrónico: _____

Por favor mande esta hoja con su cuota no reembolsable a la dirección indicada.

Port favor contacte Survivors Healing Center por su cuota y horaio de pagos. (basado en ingreso y numero de personas en la familia)

Ayuda financiera limitada es disponible, pregunte por más informarción sobre ayuda financiera.

*** La cuota no-rembolsable le asegurará su lugar ya que se servirá al que llegue primero a la lista de espera, será aplicada también a su entrevista y trabajo de oficina***

Solamente para uso de la oficina:

Date: **Fees:** **Cuota:**