

# Por Mi Familia



**Illustration by Andrea Marcos**  
**Nuestro Plan Familiar**

Based on a document created by the Migrant Network Coalition of Lexington, [www.Mnclex.net](http://www.Mnclex.net)  
Updated by NWDC Resistance Resistencia del Noroeste, [www.nwdresistance.org](http://www.nwdresistance.org), November 26, 2016

# Números de emergencia e información

## Números de Teléfono de Emergencia

En case de una emergencia grave, marque el 911

\_\_\_\_\_  
Policía (desde la casa)

\_\_\_\_\_  
Policía (desde el trabajo)

\_\_\_\_\_  
Policía (desde la escuela)

\_\_\_\_\_  
Bomberos

\_\_\_\_\_  
Aguacil mayor

### Familia/Contactos importantes en mi país

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa)

\_\_\_\_\_  
Trabajo

\_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa)

\_\_\_\_\_  
Trabajo

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Parentesco

### Familia/Contactos importantes en los EEUU:

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa)

\_\_\_\_\_  
Trabajo

\_\_\_\_\_  
Teléfono (Casa)

\_\_\_\_\_  
Trabajo

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Parentesco

### Números de las Pólizas de Seguro

\_\_\_\_\_  
Compañía (del Hogar)

\_\_\_\_\_  
Número

\_\_\_\_\_  
Número de Póliza

\_\_\_\_\_  
Compañía (Auto)

\_\_\_\_\_  
Número

\_\_\_\_\_  
Número de Póliza

\_\_\_\_\_  
Compañía (Salud)

\_\_\_\_\_  
Número

\_\_\_\_\_  
Número de Póliza

# Archivos Importantes de su Familia

## Números importantes del Trabajo

Use este formulario para tener toda esta información importante accesible en el mismo lugar. Ponga los originales de cada documento en un lugar seguro (por ejemplo, en una caja fuerte). Debe adjuntar cualquier reglamento o información sobre los lugares en donde usted trabaja.

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Representante del Sindicato \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Supervisor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Representante del Sindicato \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Información importante de los Vehículos

Adjunta una copia del registro de cada vehículo y una foto de cada una.

Vehículo 1- Número de placa \_\_\_\_\_ Vehículo 2- Número de placa \_\_\_\_\_

Número de identificación (VIN) \_\_\_\_\_ Préstamo \_\_\_\_\_ Número de identificación (VIN) \_\_\_\_\_ Préstamo \_\_\_\_\_

Seguro \_\_\_\_\_ Seguro \_\_\_\_\_

## Números importantes de la Escuela y de la Guardería

Debe adjuntar cualquier política o plan para desastres que existe en la(s) escuela(s) de sus hijo(s).

Escuela-1 \_\_\_\_\_

Nombre de los niños \_\_\_\_\_

Nombre del Maestro(a) \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Escuela-2 \_\_\_\_\_

Nombre de los niños \_\_\_\_\_

Nombre del Maestro(a) \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

## Números de Seguro Social o ITIN

Adjunte una copia de cada tarjeta del seguro social.

Nombre \_\_\_\_\_

Número \_\_\_\_\_

Nombre

Número

Nombre

Número

# Información médica e identificación de su familia

Adjunte una copia de su acta de nacimiento, records de vacunación, y foto para cada miembro de su familia. Adjunte más hojas si es necesario.

Miembro de la Familia 1 - Nombre

Fecha de Nacimiento

Número de licencia de  
conducir

SI O NO  
Donador de Órganos

Alergias

Medicamentos

Condiciones Médicas e historia:

Miembro de la Familia 2 - Nombre

Fecha de Nacimiento

Número de licencia de  
conducir

SI O NO  
Donador de Órganos

Alergias

Medicamentos

Condiciones Médicas e historia:

Miembro de la Familia 3 - Nombre

Fecha de Nacimiento

Número de licencia de  
conducir

SI O NO  
Donador de Órganos

Alergias

Medicamentos

Condiciones Médicas e historia:

Miembro de la Familia 4 - Nombre

Fecha de Nacimiento

Número de licencia de  
conducir

SI O NO  
Donador de Órganos

Alergias

Medicamentos

Condiciones Médicas e historia

**Personas que SI pueden recoger a mi(s) hijo(s) de la escuela / guardería**

Nombre

Nombre

Teléfono

Parentesco

Teléfono

Parentesco

**Quien NO debe recoger a mi(s) hijo(s):**

Asegúrese de informar al personal de la escuela de sus hijos que las personas listadas en estas secciones tienen el permiso de recoger a sus hijos o que no lo tienen y que tengan la información más completa y al día.

Si existe una orden de protección, ajunte una copia de esa orden y archive otra copia con la escuela o guardería de su(s) hijo(s).

Nombre

Nombre

# Problemas Jurídicos, Robo de Identidad, y Contactos para Fraude

## Compañías de las Tarjetas de Crédito

Nombre

Número (número gratuito):

Nombre

Número (número gratuito):

## Contactos para sus Asuntos Financieros

Cuenta de Cheques, Banco

Número (número gratuito):

Cuenta de Ahorro, Banco

Número (número gratuito):

## Contactos de Frecuencia

Por su seguridad, NO APUNTE los números de su tarjeta de crédito o números de cuentas en este documento.

Actuario(a)

Fiscal

Programa de Violencia Domestica

Lada para reportar abuso contra los niños

## Ayuda Jurídica Civil

Asistencia Jurídica

Abogado Civil

Abogado Criminal

Defensor(a) para víctimas

## Otras Notas

# Cuidado de Emergencia de Mascotas

## Servicios

Veterinario de emergencia

Veterinario

Teléfono

Teléfono

Dirección

### Adjunte una foto de cada mascota

Nombre

Nombre

Descripción

Licencia/Numero de registro

Descripción

Licencia/Numero de registro

Problemas médicos y medicamentos:

Problemas médicos y medicamentos:

### Albergues de emergencia para mascotas/"Humane Society"

Nombre

Nombre

Teléfono

Notas

Teléfono

Notas

Dirección

Dirección

### Otras Notas