**Forma C**

**AUTORIZACION PARA LA VISITA DE FAMILIARES**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido del Joven:       | Nombre del Joven:       |
| Condado:       | Agencia:       |

Identifique los familiares o guardianes biológicos permitidos para visitas y el parentesco con su hijo. Tenga en cuenta que las visitas no pueden comenzar hasta que esta forma sea firmada y enviada por usted (el padre/guardián) y el representante de la Agencia de Colocación. Por favor lea las normas de visita en la Guía de Información para padres/guardianes. Debido al espacio reducido, se permite hasta cuatro (4) personas por visita, a menos que un Director del Campus apruebe lo contrario.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE** | **PARENTESCO** |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| ***Nombre del Padre/Guardián*** | ***Firma del Padre/Guardián*** | ***Fecha*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| ***\*REQUERIDO: Nombre del Representante de la Agencia de Colocación*** | ***\* REQUERIDO: Firma del representante de la Agencia de Colocación*** | ***Fecha*** |

**[ ]** Se ha proporcionado consentimiento verbal y se requieren DOS firmas de los testigos

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| ***Testigo1: Nombre del Representante de la Agencia de Colocación/Representante de GJR***  | ***Testigo1: Firma del Representante de la Agencia de Colocación/Representante de GJR***  | ***Fecha*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |       |
| ***Testigo2: Nombre del Representante de la Agencia de Colocación/Representante de GJR***  | ***Testigo2: Firma del Representante de la Agencia de Colocación/Representante de GJR***  | ***Fecha*** |