



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



A los padres o tutores de los posibles solicitantes:

Gracias por mostrar interés en la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy. Su visita es el primer paso para ofrecerle una segunda oportunidad a nuestra juventud puertorriqueña. Somos una alternativa educativa enfocada en ayudar a jóvenes desertores escolares entre 16 a 18 años de edad. El mismo comprende de veintidós (22) semanas residenciales; donde se les provee a los jóvenes un ambiente funcional de disciplina cuasi-militar, enfocándonos en los Ocho Componentes básicos dentro de la estructura de la Academia. Estos componentes son: Excelencia Académica, Liderazgo y Compañerismo, Ciudadanía Responsable, Destrezas Laborales, Destrezas de Vida, Acondicionamiento Físico, Educación en Salud, Nutrición, Sexualidad e Higiene y Servicio a la Comunidad con el propósito de educarlos y prepararlos para su regreso a la sociedad como ciudadanos productivos obedientes a la ley y el orden.

Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy cuenta con un equipo multidisciplinario como: profesores y enfermeras/os licenciados, personal disciplinado (Cadre), Profesional de la Conducta Humana que están dispuestos ayudar a su hijo/a a mejorar su auto-confianza y auto-disciplina. Juntos, tendremos una gran oportunidad de colocar a su hijo/a de nuevo en marcha para el éxito de su futuro.

En caso de que el/la joven interese voluntariamente completar y entregar la solicitud de admisión le deseamos el mayor éxito durante el proceso de selección.

Si usted tiene preguntas con respecto a la finalización de estos documentos o para recibir asistencia en como completar la solicitud, puede comunicarse con un representante de la academia al (787) 260-1737 ext. 304 y/o al (787) 289-1400 ext. 1467.

Cordialmente;

Departamento de RPM  
Oficina de Reclutamiento



## **GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



### **INFORMACION GENERAL**

1. A continuación la **Solicitud de Ingreso** a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy de la Guardia Nacional de Puerto Rico. La misma deberá ser completada y entregada para poder ser considerado(a) como candidato(a). El entregar la solicitud **no** implica que el joven será aceptado a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy.

- Requisitos del Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy.** Debe ser firmada por el padre, madre o tutor legal.
- Memorando de Acuse de Recibo** – El padre o encargado del solicitante debe firmar este documento, el mismo releva de toda responsabilidad a la Guardia Nacional de Puerto Rico y a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy de que el culminar la fase residencial del Programa no equivale a obtener el diploma de cuarto año. Para obtener el diploma de cuarto año es necesario aprobar las materias requeridas.
- Solicitud** - Completar cada sección. Debe estar firmada por el/la solicitante, el padre, madre o tutor legal.
- Información del joven** – Debe ser completada por el / la solicitante, no por los padres.
- Carta personal** – Debe ser completada por el / la solicitante, no por los padres.
- Carta de nominación:** El solicitante debe ser nominado / recomendado para participar en el programa. Cualquier persona que le conozca le puede nominar. Esta persona tiene que completar todas las partes de esta carta. **(No puede ser llenada por los Padres)**
- Documento de Consentimiento otorgado por el padre para que se seleccione al mentor** - Debe estar firmado por el padre, madre o encargado (a).
- Solicitud del Mentor (a)** – El candidato y su encargado deben nominar a una persona mayor de 21 años, del **mismo género (sexo) del candidato**, estas persona pueden ser parte de la familia (tío y/o primo).

**Cada solicitud de Mentor debe ser acompañada de los siguientes documentos:**

  - Una foto 2 x 2.**
  - Certificación Negativa de Antecedentes Penales** – El Mentor (a) debe entregar el original.
  - Copia de identificación con foto del Mentor (a)** – Identificaciones aceptadas Licencia de conducir, tarjeta electoral o ID militar (si aplica).
- Certificación de Estudios** – Deberá ser completada en la última escuela a la cual el/la joven asistió. Deberá tener firma del Director, Orientador y/o Trabajador Social de la escuela, el sello oficial de la escuela y la fecha en que el joven asistió por última vez.
- Forma Médica e Informe Médico** - Este documento debe ser complementado y certificado por un médico.

2. Documentos que deben ser incluidos con esta solicitud para ser válida.

- Copia Certificado de Nacimiento** – Forma nueva, si el joven nació fuera de Puerto Rico tendrá que presentar el original con copia para ser certificada.
- Certificado de Buena Conducta** - Sólo aplica a jóvenes con **18 años** cumplidos o que al momento de entrar al programa los tenga cumplidos.
- Copia de la Tarjeta de Seguro Social firmada** – El original debe estar disponible durante el proceso administrativo de solicitud y el primer día de Aclimatación.
- Trascripción de Créditos con sello oficial de la institución de procedencia.** La misma deberá tener las notas obtenidas desde **séptimo hasta noveno grado aprobado (Escuela Intermedia)**.
- Certificación de Vacunas** – Este documento tiene que ser original (P-VAC-2, Record de Inmunización actualizada del departamento de Salud) Que la revisión sea del año en curso.
- Copia de la Tarjeta de Plan Médico** – (reforma o privado)
- Dos (2) Fotos 2x2 (varón si usas pantallas las fotos tienen que ser sin las mismas y sin gorra).**
- Otros (Copia de Evaluaciones de algún profesional de la Salud Mental)**

**\*\*\* NO ACEPTARAN SOLICITUDES INCOMPLETAS. LAS MISMAS DEBERAN SER ENTREGADAS PERSONALMENTE EN NUESTRAS OFICINAS.**

**DIRECCION POSTAL**

**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY  
PO BOX 1411  
JUANA DÍAZ, PR 00795**

**DIRECCION FISICA**

**Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy  
Carr. 149 Fort Allen  
Juana Díaz, Puerto Rico**

**TELEFONOS**

**(787) 260-1737, 1757 / 837-2245  
(787) 289-1400, Ext. 1691  
FAX: 787-260-3010**

**EMAIL**

**[challenge@gnpr.gobierno.pr](mailto:challenge@gnpr.gobierno.pr)**



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**REQUISITOS DE LA PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**

Entiendo que estos son los requisitos para que mi hijo/a sea admitido(a) en la Puerto Rico Youth Challenge Academy.

- + Tener de 16 a 18 años.
- + Ser desertor escolar o posible desertor escolar.
- + El Programa no autoriza a dar el de baja de la escuela
- + Tener el noveno grado aprobado.
- + No tener alguna situación activa en algún tribunal en y fuera de Puerto Rico (probatoria o medida dispositiva) y/o ser testigo en un caso legal.
- + Estar libre de drogas.
- + Debe ser voluntario para la entrada al programa.
- + Debe ser Ciudadano Americano y/o Residente.
- + Debe estar desempleado o estar empleado con bajos ingresos.

Certifico que he leído, entendido los requisitos, que de no cumplir con uno de estos requisitos y/o mentir sobre el mismo, el joven no será admitido al Programa.

---

Nombre del Padre, Madre y/o Tutor Legal

---

Firma

---

Fecha



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**MEMORANDO PARA SU CONOCIMIENTO Y ACUSE DE RECIBO A TODOS LOS PADRES Y MENTORES DE PARTICIPANTES EN LA PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**

**LICENCIA DE OPERACIÓN A 68-03**

**ASUNTO: Diploma de Escuela Superior**

1. Es de conocimiento por este memorando y documentación previa, que mi hijo / hija \_\_\_\_\_, participará en la Puerto Rico Youth Challenge Academy, que se llevará a cabo en el Fuerte Allen en Juana Díaz.
2. Durante 22 semanas el (la) participante estará recibiendo educación en un ambiente de disciplina cuasi – militar dirigido a cumplir con los Ocho Componentes de la Academia. Estos son: Acondicionamiento Físico, Destrezas de Vida, Destrezas Laborales, Salud e Higiene, Liderazgo, Ciudadanía Responsable, Liderazgo y Excelencia Académica. Los cursos y talleres que se ofrecen están dirigidos a convertirlos en ciudadanos de provecho y obtener los requisitos para su Diploma de Escuela Superior según lo establece el Consejo de Educación de Puerto Rico.
3. En el transcurso de las 22 semanas, los participantes serán responsables de adquirir los conocimientos académicos administrados por los instructores de la Academia. El Programa requiere que el (la) joven posea destrezas de estudio independiente, organización y responsabilidad. En la Academia se ofrecen acomodos razonables según los recursos disponibles y las necesidades presentadas por los estudiantes.
4. El aprobar las materias dependerá de su esfuerzo, compromiso, dedicación y atención que preste el (la) estudiante y el resultado será de su total responsabilidad.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE O ENCARGADO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**SOLICITUD**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

2. Seguro Social: XXX - XX- \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Día Mes Año

3. Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

4. Estado Civil: \_\_\_\_\_ Soltero (a) \_\_\_\_\_ Casado (a) \_\_\_\_\_ Divorciado (a) \_\_\_\_\_ Separado (a)

5. Núm. Hijos: \_\_\_\_\_ Núm. Personas en Hogar: \_\_\_\_\_ Ingreso Familiar: \_\_\_\_\_

6. Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono Alternos: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

7. E-mail \_\_\_\_\_

8. Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

9. Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

10. Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

11. **\*Tutor-Custodio Legal:** \_\_\_\_\_

**\*La persona que tenga la custodia legal del joven debe traer evidencia de la misma. (Documento de**

**tribunal) Parentesco:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

12. En caso de emergencia, favor de llamar a: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

13. Fecha en que abandonó la escuela: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Razón: ( ) Ausentismo Crónico ( ) Bajo Aprovechamiento ( ) Falta de Interés ( ) Problemas Personales

( ) Otro, explique: \_\_\_\_\_

Último Grado Aprobado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Nombre de la última escuela que asistió: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_

14. Plan Médico Privado: \_\_\_\_\_ Reforma \_\_\_\_\_ Núm. Póliza: \_\_\_\_\_

Día Expiración: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Tipo de Plan: \_\_\_ Dental \_\_\_ Ojos \_\_\_ Medical \_\_\_ Prescripción

Nombre de Compañía: \_\_\_\_\_

Doctor: \_\_\_\_\_

16. ¿Estas empleado? ( ) No ( ) Si ¿Dónde? Cuál es su ingreso? \$ \_\_\_\_\_ Horas trabajadas \_\_\_\_\_

15. Impedimentos físicos: ( ) No ( ) Sí, explique: \_\_\_\_\_

16. Alguna vez, ¿has utilizado o utilizas actualmente alguna droga y/o alcohol? ( ) No ( ) Sí

¿Cuál? \_\_\_\_\_

17. ¿Has estado relacionado, has sido convicto, o te encuentras en espera de ser procesado por algún Tribunal

de Puerto Rico? \_\_\_ No \_\_\_ Sí, Explique: \_\_\_\_\_

—

18. ¿Estas involucrado o eres testigo de un caso civil o criminal? \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_\_  
Firma del padre /madre /tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**HISTORIAL ACADÉMICO**

**\*\* ESTA INFORMACION DEBE SER COMPLETADA POR LOS ENCARGADOS DEL JOVEN\*\***

**Saludos cordiales. La Puerto Rico Youth Challenge Academy cuenta con un Programa Académico con cursos de estudios acelerados. Esto como parte de Ocho Componentes que deben ser completados y aprobados por los estudiantes. Es importante conocer el desempeño del (la) joven en el área académica durante los grados cursados en otras Instituciones Educativas. Agradeceremos que complete la información a continuación.**

1. Identifique en la siguiente tabla si el (la) joven tuvo algún fracaso escolar. De haber fracasado algún grado favor de identificar las veces que repitió el grado o si tomó cursos durante verano para completar el grado. Marque con una **X** lo que aplique:

Grado	Marque si tuvo fracaso escolar	Si fracasó más de una vez especifique las veces que repitió el grado	Si no repitió el grado completo especifique si tomó cursos en verano y cuáles fueron los cursos.
1 al 3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

2. ¿El estudiante tomó examen de ubicación? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_. De contestar afirmativo, favor especifique en qué grado tomó el (los) examen (exámenes) de ubicación: \_\_\_\_\_

3. ¿Completó algún grado por módulos? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

4. ¿Estuvo el (la) joven registrado en el Programa de Educación Especial?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

5. Si estuvo registrado en el Programa de Educación Especial, ¿Cuál fue el diagnóstico del (la) joven? \_\_\_\_\_

6. ¿Estuvo el joven en salón contenido? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_. De haber estado, especifique en los grados que el (la) joven estuvo en salón contenido.

7. Describa las ayudas que requería el (la) estudiante para completar sus tareas y cuál era su actitud ante los estudios: \_\_\_\_\_



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**INFORMACION DEL JOVEN**

**\*\* ESTA INFORMACION DEBE SER COMPLETADA POR EL JOVEN\*\***

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **APODO:** \_\_\_\_\_

8. Razones por las cuales abandonaste la escuela:

- ( ) Ausentismo Crónico ( ) Bajo Aprovechamiento ( ) Falta de Interés ( ) Problemas Personales  
 ( ) Otro, explique: \_\_\_\_\_

9. ¿Sabes que la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy comprende un total de veintidós (22) semanas residentes en el Fuerte Allen, Juana Díaz y un año no residente (de seguimiento)? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

10. ¿Cómo te enteraste de la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy?

- ( ) Trabajadora Social ( ) Orientadora ( ) Escuela ( ) Oficina de Reclutamiento  
 ( ) Otro, explique: \_\_\_\_\_

11. ¿Quién te recomendó aplicar a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy \_\_\_\_\_

12. ¿Cómo te sientes si piensas que puedes perder algunos privilegios personales, (ejemplos: televisión, música, celular, juegos electrónicos, computadora, etc.)?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

13. ¿Cómo te sientes al pensar estar alejado(a) de tu familia y amigos por veintidós (22) semanas?  
 \_\_\_\_\_

14. Pelear o participar en disputas con otros participantes del Programa está en contra de las reglas, ¿Qué sucedería si alguien te instigara o invitara a pelear?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

15. ¿En cuántas peleas has estado envuelto(a) en los pasados 12 meses?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

16. ¿Has sido suspendido(a) de la escuela? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles fueron las razones? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

17. ¿Fumas cigarrillos? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuántos al día? \_\_\_\_\_

¿Desearías dejar de fumar? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

18. ¿Cómo te sientes sobre compartir tu cuarto con otros compañeros(as) y bañarte en un área de muchos baños compartidos?

---

---

19. ¿En alguna ocasión, has recibido ayuda profesional de un consejero por problemas de conducta? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

20. ¿Has recibido tratamiento por abuso de alcohol o drogas? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

14. ¿Has recibido tratamiento por depresión? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

15. ¿Has intentado suicidarte? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

16. ¿Has pensado suicidarte? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

17. ¿Estás tomando algún medicamento prescrito por un doctor? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

18. ¿Has tomado antidepresivos o medicamentos recetados por problemas de conducta? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

19. ¿Has estado bajo probatoria? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

---

20. ¿Has tenido que ir a corte alguna vez? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

---

---

21. ¿Si alguien hiciera una investigación sobre tu persona?, ¿qué encontraría el investigador?

---

---

22. Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

---

---

FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**CARTA DE NOMINACION**

La nominación de este joven a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy es potencialmente uno de los elementos más importantes en la evaluación de esta solicitud. Sirva la presente carta para recomendar y explicar su nominación. Favor de darnos una idea de la manera en que este joven vive y como su participación en la Puerto Youth ChalleNGe Academy le beneficiaría en su desarrollo. En sus propias palabras, favor de contestar todo el formulario.

Se nombra y se recomienda al joven \_\_\_\_\_ como candidato a participar de la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy de la Guardia Nacional de Puerto Rico.

Nombre de la persona que lo recomienda \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la Iglesia, grupo cívico, negocio, industria, escuela, familiar, amigo)

**\*Favor de contestar estas preguntas relacionadas con el joven.**

a. ¿Cómo el joven responde a cambios? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. ¿Cómo maneja el joven sus relaciones y responsabilidades? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c. ¿Qué habilidades especiales y capacidades posee este joven y qué conoce usted de sus hábitos de trabajo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d. ¿Cuál cree usted es el potencial que tiene este joven para triunfar en un riguroso programa de seis meses viviendo fuera de su casa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e. ¿Qué contribuciones le hará este joven al grupo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f. En sus propias palabras, favor de explicar por qué este joven es un buen candidato para participar de nuestros programas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g. ¿Está usted dispuesto (a) a ser Mentor (a) para este joven durante su participación en la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy? (Ver requisitos para ser mentor en la hoja titulada “Mentor (a) / Padrino o Madrina Información General”. \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_  
Firma del Nominador (a)

\_\_\_\_\_  
Fecha



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**CARTA PERSONAL**

**Joven, en tus propias palabras y en manuscrito (letra legible),** explica las razones por las cuales deseas participar en el programa y lo que deseas obtener del mismo.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Indica cuál es tu plan o meta al graduarte de la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy.** (Escoge una o dos alternativas y completa el espacio en blanco).

**a. Estudiar:**

Lugar: \_\_\_\_\_

Curso a estudiar: \_\_\_\_\_

**b. Empleo a tiempo parcial:**

Lugar: \_\_\_\_\_

**c. Empleo a tiempo completo:**

Lugar: \_\_\_\_\_

---

---

Nombre del solicitante

Fecha



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO**  
**OTORGADO POR EL PADRE PARA QUE SE SELECCIONE EL MENTOR (A)**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre, Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre del Cadete

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, en mi carácter de padre, madre, tutor, encargado del joven \_\_\_\_\_ de mi libre y espontánea voluntad hago constar lo siguiente:

- a. Que conozco personalmente a \_\_\_\_\_, quien figura como candidato a Mentor en la Solicitud de Admisión al Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy de mi hijo(a) \_\_\_\_\_.
- b. Otorgo mi consentimiento para que cumpla con esa tarea.
- c. Consiento que mi hijo(a) participe de las actividades que se celebren dentro y fuera de las facilidades de la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy junto a su Mentor.
- d. Entiendo y consiento además, que una vez mi hijo(a) se gradúe tendrá contacto personal y telefónico con su Mentor al menos cuatro (4) veces al mes.
- e. Que libero de responsabilidad al Gobierno de los Estados Unidos, a los voluntarios, de la Guardia Nacional de Puerto Rico, empleados y contratistas de la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy o personal contratado para apoyar este Programa, de cualquier reclamación, demanda, acción o causa de acción que pueda ocurrir durante el periodo Post-Residencial de Mentoría.

Y para que así conste, firmo el presente documento en \_\_\_\_\_ hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma padre, madre, tutor o encargado



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**MENTOR/A O PADRINO/MADRINA**  
**DESCRIPCIÓN DE LA POSICIÓN**

**OBJETIVO**

El/la Mentor/a sirve de modelo, amigo/a y guía para su cadete por un periodo de un año y medio. Este periodo consiste de 22 semanas en Fase Residencial y 12 meses en Fase Post-Residencial. El/la Mentor/a guía, apoya y estimula al cadete, ganándose su confianza y siendo un modelo de conducta saludable para este. El/la Mentor/a debe ayudar a su cadete a desarrollar: destrezas de estilo de vida, éticas de trabajo, confianza y actitud para su crecimiento personal.

**REQUISITOS**

- Del mismo género (sexo) que el/la Cadete.
- Debe ser mayor de 21 años.
- **No puede ser:** madre, padre, padrastro, madrastra, hermanastro, hermanastra, abuelo, abuela, hermano, hermana, tutor legal ni otra persona que viva bajo el mismo techo.
- **Puede ser:** un vecino(a), tío(a), primo(a), amigo(a), orientador(a), trabajador(a) social, maestro(a), o cualquier otra persona que sea confiable y esté dispuesto/a ayudar al/la cadete.

**DEBERES Y RESPONSABILIDADES**

1. Asistir a tres adiestramientos para mentores (o los que se estimen convenientes según la necesidad). Los adiestramientos para mentores son obligatorios. Si el Mentor no asiste a los adiestramientos no se completa el pareo formal con su Cadete, lo que puede conllevar que el cadete no se gradúe. Las fechas de los adiestramientos se informará antes de que los cadetes comiencen en la Academia para dar oportunidad a los mentores de realizar los arreglos necesarios que garanticen su asistencia.
2. Durante la Fase Residencial, es obligatorio que el Mentor se comunique con su Cadete una vez a la semana. Esta comunicación será por correo postal y se evidenciará mediante dos informes que se enviarán a la Oficina de Mentoría. Durante los 12 meses de la Fase Post Residencial, se requiere un mínimo de cuatro contactos mensuales, dos de ellos personalmente. El Mentor debe enviar un Informe Mensual al Manejador de Casos junto con evidencia de que el Cadete está ubicado. Este es el mínimo de comunicación requerida para que el Mentor y su Cadete puedan desarrollar una relación de Mentoría satisfactoria.
3. Una vez el Cadete se gradúa de la Academia, **debe estar ubicado**, ya sea estudiando una carrera, trabajando, realizando servicio comunitario o servicio militar. El Mentor, en colaboración con los padres del Cadete y el personal de la Academia, debe ayudar a identificar los recursos que faciliten esa ubicación antes de que el cadete culmine la Fase Residencial.
4. Durante la Fase Residencial responde directamente al/la Asistente de Mentoría.
5. Durante la Fase Post-Residencial responde directamente al/la Manejador/a de Casos asignado.
6. Mantener la confidencialidad de la información que se obtenga, tanto de parte del/la cadete como de su familia, estando en calidad de mentor/a y dentro de la relación de Mentoría.

**HABILIDADES Y ACTITUDES**

Madurez	Dar apoyo al cadete	Responsabilidad	Comunicación
Integridad	Ser positivo	Disponibilidad	Cortesía
Compromiso	Dedicación	Paciencia	Liderazgo

\_\_\_\_\_  
Firma del Mentor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**FOTO 2 X 2  
CANDIDATO  
MENTOR**

**SOLICITUD DE MENTOR**

**FOTO 2 X 2  
CANDIDATO  
CADETE**

Nombre de Mentor: \_\_\_\_\_ Nombre del Candidato a Cadete: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (Mentor): \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Género: M ( ) F ( )  
Mes Día Año

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

**Relación con el candidato:** \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Teléfonos: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de Licencia de Conducir \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fecha Exp.: \_\_\_\_\_

¿Padece usted de alguna condición física o mental, que entienda que debemos conocer? Sí ( ) No ( )

Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido usted involucrado, investigado, arrestado o condenado por algún delito o falta? Sí ( ) No ( )

Explique: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría ser parte de nuestro banco de mentores para cadetes de futuras clases? Sí ( ) No ( )

**INFORMACIÓN DE EMPLEO**

Estatus de empleo: Part-time ( ) Full-time ( ) Desempleado ( ) Retirado ( ) Voluntario ( )

Posición que ocupa: \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre de su supervisor: \_\_\_\_\_ Teléfono del supervisor: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**ESCOLARIDAD:** Especifique el grado académico alcanzado.

Elemental ( ) Intermedia ( ) Superior ( ) Grado Universitario ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

**REFERENCIAS:** Mencione a continuación dos (2) personas que puedan ofrecer referencias sobre usted (Mentor). No pueden ser familiares del Mentor. Pueden ser amigos, vecinos o compañeros de trabajo, etc.

	Nombre y Apellidos	Relación con Mentor	Teléfono #1	Teléfono #2
#1			( ) _____ - _____	( ) _____ - _____
#2			( ) _____ - _____	( ) _____ - _____

**AUTORIZACION PARA DIVULGACION DE INFORMACIÓN (MARI)**

Al firmar esta solicitud, autorizo a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy a realizar una investigación de antecedentes penales y cualquier otra que estime necesaria con el fin de verificar si cumpla con los requisitos para la posición de Mentor que estoy solicitando.

Entiendo que la información que se recopile mediante una investigación de antecedentes penales sobre mi persona puede ser sensible y confidencial. Libero de responsabilidad a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy y a sus contratistas sobre los daños que puedan derivarse del intercambio de la información entre las agencias de ley y orden (tanto estatales como federales) y Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy.

Certifico que he leído y completado cuidadosamente esta solicitud y que la información presentada es cierta y correcta. Entiendo que de no ser así podré ser descartado como mentor en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Mentor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**CARTA DE REFERENCIA DEL MENTOR**

(Nombre del candidato a Mentor/a): \_\_\_\_\_ ha solicitado ser mentor del/la joven \_\_\_\_\_ de la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy de la Guardia Nacional de Puerto Rico. El Mentor es un ejemplo a seguir por el / la joven. Por favor, ayúdenos a seleccionar correctamente la persona que estará con uno de nuestros jóvenes. Le agradeceremos el que lea completamente y conteste cuidadosamente todas las preguntas que aparecen a continuación. La información recibida será completamente confidencial. *Esta carta de referencia NO puede ser llenada por familiares del mentor(a), puede ser un vecino(a), amigo(a) o compañero(a) de trabajo.*

¿Hace cuánto tiempo conoce al candidato a MENTOR? \_\_\_\_\_

¿El candidato a MENTOR tiene buenas relaciones interpersonales en el hogar? \_\_\_\_\_

¿El candidato a MENTOR tiene buenas relaciones interpersonales en el trabajo? \_\_\_\_\_

¿El candidato a MENTOR es una persona comprometida con la comunidad? \_\_\_\_\_

¿Cómo evaluarías al candidato a MENTOR en lo siguiente?

DESCRIPCION	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	DESCONOZCO
ES UNA PERSONA DISCIPLINADA					
POSEE VALORES Y MORAL INTACHABLES					
LE GUSTA AYUDAR A OTROS					
TIENE ESTABILIDAD EMOCIONAL					
ES PERSONA DE COMPROMISOS					
LE GUSTA ESCUCHAR A LOS DEMAS					
Si estuvieras en nuestra posición, ¿le darías la oportunidad a este candidato de ser MENTOR de un joven nuestro? EXPLICA					

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECOMIENDA  
(\*\*El candidato a Mentor NO debe firmar la carta de referencia recomendándose a sí mismo)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA QUE RECOMIENDA

\_\_\_\_\_  
FECHA

Teléfono: \_\_\_\_\_



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**CARTA DE REFERENCIA DEL MENTOR**

(Nombre del candidato a Mentor/a): \_\_\_\_\_ ha solicitado ser mentor del/la joven \_\_\_\_\_ de la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy de la Guardia Nacional de Puerto Rico. El Mentor es un ejemplo a seguir por el / la joven. Por favor, ayúdenos a seleccionar correctamente la persona que estará con uno de nuestros jóvenes. Le agradeceremos el que lea completamente y conteste cuidadosamente todas las preguntas que aparecen a continuación. La información recibida será completamente confidencial. *Esta carta de referencia NO puede ser llenada por familiares del mentor(a), puede ser un vecino(a), amigo(a) o compañero(a) de trabajo.*

- ¿Hace cuánto tiempo conoce al candidato a MENTOR? \_\_\_\_\_
- ¿El candidato a MENTOR tiene buenas relaciones interpersonales en el hogar? \_\_\_\_\_
- ¿El candidato a MENTOR tiene buenas relaciones interpersonales en el trabajo? \_\_\_\_\_
- ¿El candidato a MENTOR es una persona comprometida con la comunidad? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo evaluarías al candidato a MENTOR en lo siguiente?

DESCRIPCION	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO	DESCONOZCO
ES UNA PERSONA DISCIPLINADA					
POSEE VALORES Y MORAL INTACHABLES					
LE GUSTA AYUDAR A OTROS					
TIENE ESTABILIDAD EMOCIONAL					
ES PERSONA DE COMPROMISOS					
LE GUSTA ESCUCHAR A LOS DEMAS					
Si estuvieras en nuestra posición, ¿le darías la oportunidad a este candidato de ser MENTOR de un joven nuestro? EXPLICA					

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECOMIENDA                      FIRMA DE LA PERSONA QUE RECOMIENDA                      FECHA  
 (\*\*El candidato a Mentor NO debe firmar la carta de referencia recomendándose a sí mismo)

Teléfono: \_\_\_\_\_



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO  
PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**RELEVO DE RESPONSABILIDAD DE MENTORIA DURANTE LA FASE POST- RESIDENCIAL**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, en mi carácter de Mentor/a del/la Cadete \_\_\_\_\_, hago constar libre y voluntariamente lo siguiente:

1. Que soy Mentor/a del/la Cadete \_\_\_\_\_.
2. Que entiendo y estoy de acuerdo con todos mis deberes y responsabilidades como Mentor/a, tanto en la Fase Residencial como en la Fase Post-Residencial que aparecen en la Descripción de la Posición.
3. Que entiendo y estoy de acuerdo en que la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy fomenta la comunicación entre Mentor/a y Cadete durante la Fase Post-Residencial (año de seguimiento). Para tales efectos, se asignará un/a Manejador/a de Casos, que recibirá los Informes Mensuales enviados por el/la Mentor/a para poder recopilar la información sobre la comunicación con el/la Cadete y su ubicación. De esta manera, es que el/la Manejador/a de Casos dará seguimiento a la relación de Mentoría, por los 12 meses que comprende dicho periodo.
4. Que entiendo y estoy de acuerdo en que al compartir con el/la Cadete de la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy durante la Fase Post-Residencial tengo el deber de supervisar con diligencia, prudencia y razonabilidad las actividades que hagamos juntos y de igual manera tomar las precauciones necesarias para evitar riesgos previsibles que pudieran ocasionar algún daño al Cadete.
5. Que entiendo y estoy de acuerdo en que, debido a la naturaleza de la Fase Post Residencial, la comunicación que yo tenga con el/la Cadete estará fuera del alcance de la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy. Por lo tanto, los actos llevados a cabo en esta fase se realizarán bajo mi única responsabilidad.
6. Que mediante este relevo exonerador y relevo de responsabilidad, ahora y en perpetuidad a la Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy, la Guardia Nacional de Puerto Rico, el Departamento de Defensa de los Estados Unidos de América, así como a sus respectivos empleados/as, contratistas, oficiales, directores/as, agentes, sucesores, aseguradoras y/o cualquier persona natural o jurídica a estas asociada, de cualquier y toda reclamación, demanda o causa de acción que pueda incoarse en su contra a raíz de daños causados por mi culpa y/o negligencia durante la Fase Post-Residencial, concernientes al área de Mentoría.

Certifico que he leído completamente este relevo de responsabilidad antes de firmarlo y entiendo totalmente su contenido y significado. Y para que así conste, firmo el presente documento en la ciudad de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre del/la Mentor/a

\_\_\_\_\_  
Fecha



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**CERTIFICACION DE ESTUDIOS**

*(Para ser completado por personal autorizado en la Institución Educativa de procedencia)*

Certifico que \_\_\_\_\_, con número de seguro social xxx-xx\_\_\_\_\_, fue o es estudiante de la escuela\_\_\_\_\_.

1. Su último grado aprobado fue \_\_\_\_\_.
2. El último grado cursado fue \_\_\_\_\_.
3. Indique las ultimas notas en el último grado **cursado**: Español\_\_\_\_\_, Matemática\_\_\_\_\_, Historia\_\_\_\_\_, Inglés\_\_\_\_\_, Ciencia\_\_\_\_\_, Arte\_\_\_\_\_, Educación Física\_\_\_\_\_ y Otros\_\_\_\_\_.
4. Dejó de asistir a esta escuela el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_. (Si aplica)
5. Fue dado de baja oficialmente el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_\_. (Si aplica)
6. Si el joven no está dado de baja oficialmente, especifique cuales son las razones de ser un posible candidato a desertor escolar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.
7. El (la) estudiante pertenecía a Educación Especial: \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_No  
*(Si el joven es de Educación Especial favor de enviarnos una copia del PEI).*

*Nota: Este documento debe ser completado en su totalidad (excepto los puntos 4 y 5 que solo se completan si aplica).*

Cordialmente,

\_\_\_\_\_  
Firma del Director(a)

\_\_\_\_\_  
Firma del Consejero(a)

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador(a) Social

\_\_\_\_\_  
Fecha

**(Sello Oficial de la Escuela)**



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**FORMA MÉDICA**

(Favor de mantener copia para sus archivos)

_____		_____		_____		_____	
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre		Inicial	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		_____		_____	
Femenina	Masculino	Teléfono Residencial		Fecha			

**MEDICO Y PARTICIPANTE: Favor de leer la descripción de los requerimientos físicos del curso.**

La Puerto Rico Youth ChalleNGe Academy puede ser demandante y potencialmente peligroso físicamente. El curso incluye extremas actividades físicas como: (A) Correr una milla diaria; (B) Vigorosos ejercicios físicos diariamente; (C) Un curso de sogas en el cual los participantes podrán (1) subir y bajar por una pendiente y/o pared (Rappeling), escalar una pared de 15 pies de altura mientras es asistido por otros participantes para pasar de un lado a otro de la pared y pasar unos obstáculos para medir la capacidad física del candidato.

**INFORMACION DE EXAMINACIÓN MÉDICA**

- Este examen es para determinar la capacidad física para participar en las extremas actividades mencionadas arriba.
- Complete la forma con exactitud. Cada pregunta debe ser completada. Conteste N/A si la pregunta no aplica.
- Cualquier pregunta referente a este examen o la capacidad de participación del candidato(a), debe ser referida al área médica del Programa.



**GUARDIA NACIONAL DE PUERTO RICO**  
**PUERTO RICO YOUTH CHALLENGE ACADEMY**



**INFORME MEDICO**

Nombre: \_\_\_\_\_

Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año

**INFORMACION DEL PLAN MEDICO**

Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Nombre Asegurado \_\_\_\_\_ Número ID \_\_\_\_\_

Relación con el Asegurado \_\_\_\_\_ Teléfono Compañía ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Estás tomando medicamentos recetados en estos momentos? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Sí, favor de indicar lo siguiente:

**MEDICINAS**

**DOSIS Y HORARIO**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Eres alérgico a algún medicamento o comida? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Sí, indica el medicamento o agente y reacción:

**MEDICAMENTO**

**COMIDA**

**REACCION**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Has estado recluido en un hospital? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Sí, indica fecha, hospital y razón:

**DIA**

**HOSPITAL**

**RAZON**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Has sido tratado por problemas mentales? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Has estado hospitalizado por un desorden mental o tratamiento siquiátrico? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿CUAL? \_\_\_\_\_

¿Has pensado seriamente en cometer suicidio? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Qué tratas o trataste de hacer? \_\_\_\_\_

¿Has abusado de alcohol o drogas? \_\_\_\_\_

¿Has estado hospitalizado para rehabilitación de drogas y alcohol? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia consumes alcohol? \_\_\_\_\_

¿Has usado: Marihuana \_\_\_ Crack \_\_\_ Cocaína \_\_\_ Heroína \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_? Explica: \_\_\_\_\_

¿Padeces o has padecido de alguna de las siguientes condiciones?		SI	NO
1	Dolor de cabeza		
2	Severos golpes de cabeza		
3	Pérdida del sentido		
4	Mareos / Convulsiones		
5	Problemas de / en cuello		
6	Enfermedad del corazón		
7	Soplo del corazón		
8	Alta presión sanguínea		
9	Problemas de circulación		
10	Sangrado prolongado		
11	Anemia/ sangre enferma		
12	Frecuentes dolores		
13	Sudores en la noche		
14	Corto de respiración		
15	Asma / fatiga		
16	Tuberculosis		
17	Problemas con caderas/rodillas/tobillos/pies		
18	Impedimento en oído		
19	Frecuentes úlceras / dolor de estomago		
20	Problemas intestinales		
21	Vómitos de sangre		
22	Anorexia nerviosa		
23	Bulimia		

¿Padeces o has padecido de alguna de las siguientes condiciones?		SI	NO
24	Hepatitis hígado		
25	Diabetes hipoglucemia		
26	Problemas de tiroides		
27	Intolerancia al frío / calor		
28	Problemas de endocrinas		
29	Problemas de riñones		
30	Dificultad / dolor al orinar		
31	Infecciones en la vejiga		
32	Problemas con brazos / hombros		
33	Impedimento en la visión		
34	Enfermedades transmisibles		
35	Dolor de pecho / presión		
36	Palpitación en la cabeza		
37	Sudor inexplicado		
38	Corto de respiración frecuentemente		
39	Desmayos frecuentes		
40	Acidez		
41	Calambre en los músculos		
<b>Féminas solamente</b>			
42	Periodos irregulares		
43	Flujo vaginal		
44	¿Estas embarazada?		
45	¿Crees que estás embarazada?		

**¿Tienes alguna incapacidad física que te impida participar en las actividades físicas?** SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI, Explica: \_\_\_\_\_

Como el doctor examinador, determino que \_\_\_\_\_, está físicamente capacitado para participar en actividades extenuantes. (Nombre del participante)

\_\_\_\_\_  
Nombre del doctor (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Número de Licencia

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Pueblo