|  |  |
| --- | --- |
| **Children International** | **Solicitud de Visita Para Padrinos de Children International** |
|  |
| **Todos los campos son requeridos.** Por favor complete y regrese esta aplicación **por lo menos 8 semanas antes** de fecha de visita deseada, por **correo electrónico** a CIAdventure@children.orgo **fax** a 816.942.3714 o **correo** a Children International, Attn: Care Team, 2000 E. Red Bridge Rd., Kansas City, MO 64131***.******\*\*Por favor tenga en cuenta que no podemos iniciar los arreglos de la visita hasta que los resultados de su(s) verificación(es) de antecedentes hayan sido recibidos, y su donación para su visita y su número de contacto/información de hospedaje local del país hayan sido proporcionados.*** |
| **Su Fecha de Visita*****Nosotros le confirmaremos la fecha disponible,*** *basada en su preferencia.**Nuestra oficina de campo hará todo lo posible para acomodar su solicitud****.******Por favor tenga en cuenta que no le pedimos a nuestro personal de campo que lleve a cabo visitas fuera de horas de vistas y días festivos.*** *Es generalmente mucho más seguro si usted visita durante un día de semana. El crimen suele ser más propenso al anochecer y en fines de semana.* ***¡La seguridad de todos es en una prioridad!****Nuestros representantes trabajan con nuestros niños y también queremos asegurarnos que disfruten tiempo con sus propias familias.* | Cuenta # |  |
| Nombre Legal Completo |       | F. Nacimiento |  |    |      |
| Sí **su nombre legal en el mismo que aparece en su cuenta de apadrinamiento,** marque esta casilla | **[ ]**  |
| Domicilio |       |
| Ciudad |       | Estado |       | Código Postal |       |
| Móvil |       |  |       | Teléfono de Casa |       |  |       |
| Correo Electrónico  |       | ¿Estará usted participando en la visita? |  |
| **Proporcione la información de los demás participantes.** | Número total de participantes |  |
| **Nombre Legal** | **Parentesco** | **F. Nacimiento** | **Ciudad & País de Residencia** | **¿Apadrina esta persona con CI?** |
|       |       |       |       | Cuenta#      |
|       |       |       |       | Cuenta#      |
|       |       |       |       | Cuenta#      |
| Nombre del Contacto de Emergencia |  | Parentesco |  |
| Número Telefónico |  | Correo Electrónico |  |
| **Por favor proporcione tres fechas probables de visita, en orden de preferencia:** *(vea las horas de visita al dorso)* |
| 1) Fecha |  | Hora de inicio de Visita  |  |
| 2) Fecha |  | Hora de inicio de Visita  |  |
| 3) Fecha |  | Hora de inicio de Visita  |  |
| **Información sobre el niño(s) que desea visitar:** *(por favor adjunte una página por separado si visitará a más niños)* |
| **Nombre del Niño** |       | Código (si lo sabe) |       |
| Ciudad/País |       | He visitado al niño antes |  |
| Si le hemos indicado que **su visita requiere un día completo**, marque esta casilla |  | **[ ]**  |
| Si **no** le hemos indicado que su visita requiere un día completo, ¿cuánto tiempo tiene disponible? |
|  |  | **[ ]  1-3horas**  |  | **[ ]  4-5horas** |  | **[ ]  6-8horas** |  |
| Si hay tiempo, indique la actividad de su preferencia |  |       |
| Si es posible, ¿le gustaría visitar el hogar de su niño? |  |  |
| **Nombre del Niño** |       | Código (si lo sabe) |       |
| Ciudad/País |       | He visitado al niño antes |  |
| Sí le hemos indicado que **su visita requiere un día completo**, marque esta casilla |  | **[ ]**  |
| Si **no** le hemos indicado que su visita requiere un día completo, ¿cuánto tiempo tiene disponible? |
|  |  | **[ ]  1-3horas**  |  | **[ ]  4-5horas** |  | **[ ]  6-8horas** |  |
| Si hay tiempo, indique la actividad de su preferencia |  |       |
| Si es posible, ¿le gustaría visitar el hogar de su niño? |  |  |
| ¿Habla usted el idioma de su(s) niño(s) con fluidez? |  |
| **Información de Contacto y Hospedaje****del país/ciudad donde vive su niño apadrinado** |
| Por favor proporciónenos con su información de alojamiento, lo más detalladamente posible. **Usted necesitará hacer los arreglos de su trasporte a la ciudad donde se encuentra localizada la oficina/niño.** Por favor contáctenos si necesita más información. \*Si se estará hospedando en lugares diferentes o estará visitando niños en países diferentes, por favor adjunte su itinerario por separado. |
| **Confirmación****Final de Visita:**Cuando el calendario marque **tres semanas antes de su visita**, confirme sus planes **directamente con nuestra agencia en el país** donde vive su apadrinado. **Este paso es crucial para que su visita sea exitosa,** ya que le proporcionará el tiempo adecuado a nuestro personal para contactar a la familia de su niño y hacer los arreglos necesarios ya sea de transporte, permiso escolar para el niño o laboral para los padres, etc. **Su visita está sujeta a ser cancelada, si usted no llama a nuestra oficina de campo.**Nosotros le proporcionáremos la información de contacto | Fecha de arribo al país |  | Hora |  | Fecha de salida |  | Hora |  |
| Nombre de la Línea Aérea/Crucero |  | o No. de arribo del Vuelo/Muelle |  |
| ***\*****Por complicaciones con las logísticas,* ***su visita no debe ser planeada para el mismo día de su arribo y/o salida del país/ciudad****. Nuestro personal campo sugiere llegar por lo menos un día antes de la visita.* |
| Hospedaje del País |       |
|  | Dirección |
|       |       |       |
| Ciudad | Estado/Provincia | Código Postal (si aplica) |
| ¿Es este un Hotel? |  | Nombre del Hotel |       |
| Nombre tal como aparece en su reservación |       |
| Número de contacto del país |  | ¿Es un celular **local**? |  |
|  | **Código del país + código de ciudad + número local**  |  |
| **\***¿Tiene alguna restricción médica, alimenticia o especial que debemos tener en cuenta? |
|       |
| **Por la presente certifico que he leído el contenido de esta solicitud y entiendo lo siguiente:** *(ponga sus iniciales en cada una de las siguientes declaraciones)* |
|      | He **completado mi(s) verificación(es) de antecedentes personales con ACS**, y entiendo que los resultados pueden tardar de 5-7 días hábiles.  |
|      | No debo planear mi visita para el mismo día de mi arribo y/o salida del país/ciudad de mi niño. |
|      | Necesito proveer mi propio trasporte a la ciudad donde se encuentra localizada la oficina/mi niño. |
|      | Aparte de la donación que he pagado con anticipación, también soy responsable por los costos de las actividades de mi niño, los familiares y los representantes de CI que deben estar presentes durante mi visita.  |
|      | Sí yo no llamo a la oficina de campo para confirmar y finalizar mi visita, está sujeta a ser cancelada. |
|      | Mi donación no es reembolsable si cancelo a menos de dos semanas de mi visita, y solo me otorgarán un reembolso parcial si cancelo de 2-4 semanas de anticipación. |
|      | Children International **no podrá iniciar los arreglos de mi visita** **hasta que los resultados de mi(s) verificación(es) de antecedentes hayan sido recibidos.** |
|      | Children International **no podrá iniciar los arreglos de mi visita** **sin mi donación y mi número de contacto local del país** donde me podrán localizar. |
| **¿Cómo le gustaría cubrir la donación de su visita?** *(ponga sus iniciales en una de las siguientes opciones)* |
|      | Incluiré mi cheque/giro postal y enviaré mi solicitud por correo normal. |
|      | Llamaré al ***Equipo de Atención al Padrino*** para dar la donación de mi visita por teléfono, tan pronto envíe mi solicitud por fax/correo electrónico. |
|      | Autorizo el cargo a mi tarjeta/cuenta registrada en contribuciones automáticas, al recibir esta solicitud.***\**** |
|  | ***\*****Si tiene más de una tarjeta/cuenta registrada, indique* ***los últimos 4 dígitos aquí*** |      |
| Firma |       | Fecha |  |
| **Horas de Visitas:** *NOTA: El horario de visitas puede variar dependiendo de las logísticas necesarias.* |
| cuando recibamos esta **solicitud completa.****¡QUÉ COMIENCE LA CUENTA REGRESIVA!** | **Oficina de Administración** | **Días/Horas** | **Oficina de Administración** | **Días/Horas** |
| Colombia, Barranquilla | L-V, 8:30a-4:00p | India, Sahay | L-V, 9:30a-4:30p |
| República Dominicana, Santo Domingo | L-V, 9:00a-4:00p | México, Jalisco | L-V, 9:00a-3:30p |
| Ecuador, Quito | L-V, 8:00a-4:30p | Las Filipinas, Bicol | L-Sa, 8:00a-5:00p |
| Ecuador, Guayaquil | L-V, 8:30a-4:00p | Las Filipinas, Manila | Ma-Sa, 8:00a-5:00p |
| Guatemala, Guatemala City | L-V, 8:00a-3:30p**\*** | Zambia, Lusaka | L-V, 9:00a-3:30p |
| Honduras, San Pedro Sula | L-V, 8:00a-4:00p**\*\*** | EE.UU., Little Rock, AR | L-V, 8:00a-3:30p**\*\*\*** |
| India, Delhi | L-V, 9:30a-4:30p |  |  |
| ***\**** *Visitas en la zona rural de Guatemala pueden empezar a las 6:30a* ***\*\*****Visitas en Copan pueden empezar a las 7:00a****\*\*\*****El mejor momento para visitar es entre 3:00 – 6:30p, y después de clases, si estará visitando durante el año escolar.* |
| **Cuando su solicitud sea recibida, trabajaremos arduamente con usted y nuestro personal de campo para llevar a cabo**  |
| **¡Una visita maravillosa con su niño!** | **Rev. 01/08/19sf** |