



**KOREAN
AMERICAN
FAMILY
SERVICE CENTER**
뉴욕가정상담소

P.O. Box 541429 Flushing, NY 11354
Tel. 718-460-3801 Fax. 718-460-3965

Unni - Hyung Mentoring Program

언니-형 멘토링 프로그램 신청서

*****다음 신청서를 부모님께서 작성해 주십시오.
모든 질문에 답해주시고, 기입된 내용은 프로그램에 관여된 목적으로만
사용됩니다.

For Office Use oly

Date Received: _____

Date Mentor Interviewed: _____

Interviewer: _____

Mentee Application

(To Be Completed by the Parent/Guardian)

I. 아동/청소년 (Personal Information)

이름 (영어) Youth's Name: _____ (한글)Date: _____

주소 Street Address: _____

도시 City: _____ 주 State: _____ 코드 Zip Code: _____

집전화 Home #: _____ 부모님 핸드폰 Parent's #: _____ 아동 핸드폰 Youth Cell #: _____

아동 소셜 번호 Youth Social Security #: _____

아동의 생년 월일 Youth Date of Birth: _____ 미국 거주 기간 Youth Years in US: _____

성별 Gender (circle): 남성(male) 여성 (female)

학교 이름 Name of School: _____ 학년 Grade: _____

아동의 영어/한국어 구사 능력 Youth's Level of Korean & English Comprehension

한국어 말하기 I can speak Korean well: 잘함 _____, somewhat 다소 잘함 _____, a little 조금 함 _____, not at all 전혀 못함 _____

한국어 쓰기: I can write in Korean well: 잘함 _____, somewhat 다소 잘함 _____, a little 조금 함 _____, not at all 전혀 못함 _____

영어 말하기: I can speak English well: 잘함 _____, somewhat 다소 잘함 _____, a little 조금 함 _____, not at all 전혀 못함 _____

영어 쓰기: I can write in English well: 잘함 _____, somewhat 다소 잘함 _____, a little 조금 함 _____, not at all 전혀 못함 _____

언니-형 멘토링 프로그램을 알게된 계기? How did you hear about Unni-Hyung Mentoring Program? (check)

브로셔 brochure 인터넷 internet TV 라디오 radio 신문 newspaper 친구 friend
 경찰서 police precinct 타기관 other organization 국제멘토링협회(National Mentoring Partnership)
 기타(자세히 _____) other (specify)

가족 정보 Please list all the members of your household:

이름 (Name)	성별(Sex)	나이 Age	지원자와의 관계 Relationship to Applicant

II. 부모/보호자 Parent/Guardian

부모/보호자 이름 (Parent/Guardian Name): _____

자녀와의 관계 Relationship to Youth (check): 모 (Mother) 부 (Father) 기타, 자세히 (Other, specify) _____

결혼 여부 Marital Status: 미혼 (Single) _____ 약혼(년) Engaged (yr) _____ 기혼(년) Married (yr) _____
 별거(년) Separated (yr) _____ 이혼(년) Divorced (yr) _____ 미망인(년) Widowed (yr) _____

자녀에 대해 완전한 법적, 신체적 보호관리권을 가지고 있습니까? Do you have full legal and physical custody of the child? 예 (yes) _____ 아니오 (no) _____

소득원 (하나만 선택) Income source (circle one): 고용 employment 사회보장 social security 공공부조 public assistance
 장애인 연금(SSI) 아동 지원 child support 기타(자세히 other, specify) _____

연간 소득: (하나만 선택) Annual Income: ___\$0-\$9,999 ___\$10,000-\$19,999 ___\$20,000-29,999 ___\$30,000-39,999
 ___\$40,000-\$49,999 ___\$50,000-\$59,999 ___\$60,000-69,999 ___\$70,000-\$79,999 ___\$80,000 or more

고용주의 이름(부모가 고용이 되어 있다면): If parent currently employed, name of

Employer _____

고용주의 주소: Employer Address _____

전화# Phone #: _____ 팩스#: Fax # _____ 이메일 주소: Email

Address _____

교육: (하나만 선택): Education, check one ___고졸이하(less than high school) ___고졸 (high school)
 ___고졸이상/기타(high school + other training) ___전문대(some college) ___준학사(associate degree)
 ___학사(bachelor's degree) ___석사(master's degree) ___박사(Professional degree-PhD,Dr,Law)

III. 비상연락망 Emergency Contact

이름 Name: _____ 아이와의 관계 Relation to the child: _____

연락처 Contact #: _____

IV. 프로그램 지원 관련 질문서 Application Questions

아래의 모든 질문에 대해 되도록이면 완전한 대답을 해 주세요. 만약 더 많은 공간이 필요하다면 여백을 사용하시거나 뒷면을 사용해 주세요. Please answer all of the following questions as completely as possible. If more space is needed, use an extra sheet of paper or write on the back of this page.

1. 왜 당신 혹은 자녀가 멘토링 프로그램에 참가하길 원하나요? Why do you/your child want to participate in a mentoring program?
2. KAFSC의 언니형 멘토 프로그램에 기대하는 바에 대해서 간략하게 서술하세요. Briefly describe your expectations for the KAFSC Unni-Hyung (older brother-sister) Mentoring Program?
3. 자녀가 한달에 8시간 멘토와 만나고 적어도 1년 동안 매주 한 번이상 연락하는 것이 가능한가요? 일정에 대해 특정한 문제가 있으면 설명해 주세요. Is your child available to meet with a mentor eight hours per month and have contact at least once a week for the rest of this school year? Please explain any particular scheduling issues.
4. 자녀가 멘토와 짝을 맞춘 후 기꺼이 멘티 훈련 세션과 두 번의 현장훈련세션에 참가 할 수 있나요? Is your child willing to attend an initial mentee training session and two in-service training sessions per year after being matched?
5. 성적, 과제, 출석, 행동, 기타 등 자녀의 학교생활에 대해 서술해 주세요. Describe your child's school performance including grade, homework, attendance, behavior, etc.
6. 자녀가 친구들이 있나요? 친구들과의 관계에 대해서 서술해 주세요. Does your child have any friends? Please describe his/her friendships.
7. 당신의 아이가 현재 가정이나 학교에서 문제를 가지고 있나요? Is your child currently having any problems either at home or at school?
8. 당신의 아이가 어떤 정신적 외상을 경험한 적이 있나요? (예, 가족의 죽음, 학대, 이혼) 만약 그렇다면 구체적인 것들을 기술해 주세요. Has your child experienced any traumatic events (ie death in the family, abuse, divorce)? If yes, please provide details.
9. KAFSC의 언니형 멘토링 프로그램에서 적절한 멘토를 찾는데 도움이 되는 추가적인 배경정보가 있다면 기술해주세요. Can you provide any additional background information that may be helpful for the KAFSC Unni-Hyung Mentoring Program in matching your son/daughter with an appropriate mentor?

V. 아동 건강 관련 질문서 Medical History

1 차진료 의사의 이름 name of primary care physician: _____

전화번호 Phone#: _____

의료보험 제공자 Medical Insurance Provider: _____

의료보험 번호 Policy #: _____ 전화번호 Phone #: _____

당신의 아이가 신체적 장애나 자장이 있습니까? Does your son/daughter have any physical problems/limitations?

당신의 아이가 현재 의료적인 이유로 치료를 받고 있습니까? Is your son/daughter currently receiving treatment for any medical issues?

현재 사용하고 있는 약물이 있습니까? 그렇다면 구체적으로 기술해 주세요. Is he/she currently on any type of medication? If so, please specify.

당신의 아이가 알려지나 약물에 대한 거부 반응을 가지고 있습니까? 그렇다면 아래에 구체적으로 기술해 주세요 Does your son/daughter have any known allergies or adverse reactions to medications? If yes, please describe them:

당신의 아이가 현재 정서적인 문제를 가지고 있습니까? 현재 상담사나 치료사를 만나고 있습니까? Does your son/daughter currently see a counselor/therapist?

상담사의 이름 Therapist's name: _____

서명하기 전에 신중하게 읽어 보십시오.

뉴욕가정상담소(KAFSC) 언니 형 멘토링 프로그램에 관심 갖아 주셔서 감사 합니다. 이 신청서는 부모님/보호자에게 아이들이 KAFSC 의 언니형 멘토링 프로그램에 참가하도록 정보를 알리고 동의를 구하는 수단으로서 만들어졌습니다.

완성된 신청서를 돌려 받은 후, 부모님이 주신 정보를 갖고 아동이 저희 프로그램에 적절한지 평가 한 이후, 프로그램 등록 확인서를 우편으로 발송하게 됩니다.

이 신청서에서 부모님께서 제공한 많은 정보들은 아동에 맞는 적절한 멘토를 찾는 데에 사용될 것입니다. 그러한 이유로, 프로그램 담당자가 아동과 적절한 멘토들과 혹은 그밖의 관계자와 이 정보를 공유하고 나누게 될 수 있음을 말씀드립니다. 멘티, 부모님/보호자, 멘토들은 처음에는 서로에 대한 익명의 정보들만 가지고 있는데, 그들이 멘토/멘티 관계로서의 진행에 관심이 생길 때까지는 이름을 밝히지 않습니다.

각각 아래의 문장에 이름의 첫 글자를 쓰십시오.

Please read this carefully before signing:

Korean American Family Service Center(KAFSC) appreciates you and your child's interest in his/her becoming a mentee. This application is intended as a means of informing and gaining the consent of the parent/guardian to allow their son/daughter to participate in the KAKFSC Unni-Hyung Mentoring Program.

After receiving this completed application from you, we will evaluate the information and send you a letter letting you know if your child has been accepted into the mentoring program. Much of the information you supply in this application packet will be used to match your child with an appropriate mentor. Therefore, the mentoring staff may, at times, need to access and share this information with prospective mentors and other parties when it is in the best interest of the match. However, we do not reveal names until there is an initial interest from the mentee, parent/guardian, and mentor based first upon anonymous information provided about each other.

Please initial each of the following:

_____ 나는 나의 자녀가 KAFSC 의 언니형 멘토링 프로그램과 그와 관련된 활동들에 참가하는데 대한 고지된 동의와 승인을 맡기겠다.

I give my informed consent and permission for my child to participate in the KAFSC Unni-Hyung Mentoring Program and its related activities.

_____ 나는 나의 자녀가 멘토링 프로그램의 지침서를 따를 것을 동의하며, 지침서에 기재된 사항의 위반시 멘토 관계의 중단이나 종료를 가져올 수 있다 사항에 동의한다.

I agree to have my child follow all mentoring program guidelines and understand that any violation on my child's part may result in suspension and/or termination of the mentoring relationship.

_____ 나는 이로서 나의 자녀가 언니형 멘토링 프로그램에 참가하는 동안 멘토 혹은 KAFSC 직원이나 대표들과 함께 교통수단을 사용하여 이동하게 되는 경우를 허락하며, 교통수단은 개인적 차량이나 대중 교통 수단이 될 수 있으며, 이는 자발적 이용이므로 그에 따른 위험은 개인이 지도록 한다.

I hereby acknowledge that my child will be transported by his/her mentor and/or KAFSC staff or representative while participating in the Unni-Hyung Mentoring Program, and that such transportation is voluntary and at his/her own risk.

_____ 나는 자녀의 프로그램 참여로 발생하는 모든 부상이나 죽음, 혹은 다른 피해에 대하여 KAFSC 에게 책임을 묻지 않으며, 이는 교통 사고에서 발생하는 사건만으로 국한되는 것이 아닌, 부주의로 발생한 것을 제외한 언니형 프로그램의 멘토, 스태프, 혹은 담당자의 부상이나, 신체적 정신적 피해를 줄이기 위한 상황을 포함한다.

I release the KAFSC Unni-Hyung Mentoring Program of all liability of injury, death, or other damages to me, my child, family, estate, heirs, or assigns that may result from his/her participation in the program, including but not limited to transportation, and hold harmless and KAFSC mentor, program staff, or other representatives, both collectively and individually, of any injury, physical or emotional, other than where gross negligence has been determined.

_____ (선택사항) 나는 KAFSC 가 나의 자녀가 프로그램에 참여하는 동안 찍은 사진 이미지를 사용 하는 것에 동의한다. 이 사진들은 프로그램 개발이나 다른 관련된 마케팅 자료로 사용될 수도 있다.

(optional) I agree to allow KAFSC to use any photographic image of my child taken while participating in the mentoring program. These images may be used in promotions or other related marketing materials.

나는 내가 반드시 이 신청서에 있는 아래의 모든 완성된 항목들을 완성하여 제출해야 한다는 것을 알고 있고 완성되지 않은 정보들은 연기되거나 신청서가 계속해서 진행 될 것임을 알고 있다.

- 약정과 정보 양도 양식 (Contact and Information Release Form)
- 관심분야 조사 양식 (Interest Survey Form)-child fills this out

I understand I must return all of the following *completed* items along with this application, and that any incomplete information will result in the delay or my application being processed:

- Contact and Information Release Form
- Interest Survey Form-child fills this out

아래에 서명함으로써 나는 이 신청서에 기입된 모든 정보의 진실성을 증명하고 위의 기간과 정보들에 동의한다.

By signing below, I attest to the truthfulness of all information listed on this application and agree to all the above terms and conditions.

부모/보호자 서명
Parent/ Guardian Signature

날짜
Date

이 신청서와 위에 제시된 양식들을 제출하거나 편지로 보내주십시오.

(Lili Kim, KAFSC, P.O. Box 541429, Flushing, NY 11354)

Or Fax (CC: Lili Kim) to: 718-460-3965, Email: Lili@kafsc.org

Or give this to Mi Jung You, during the Hodori Program

Please return this to Mi Jung You or mail this application and the items listed above to Lili Kim, KAFSC, P.O. Box 541429, Flushing, NY 11354 or Fax them (CC: Lili Kim) to 718-460-3965. Email: Lili@kafsc.org



P.O. Box 541429 Flushing, NY 11354
 Tel. 718-460-3801 Fax. 718-460-3965

Unni - Hyung Mentoring Program

Mentee Interest Survey

(To Be Completed by Youth)

Please complete all the following. This survey will help KAFSC Unni-Hyung Mentoring Program know more about you and your interests and help us find a good match for you.

What are the most convenient times for you to meet with your mentor? Please check all that apply.

Weekdays: ___ Lunchtime: ___ After school: ___ Evenings: ___ Weekends: ___ Other: ___

Do you speak any languages other than English? If so, which languages?

What are some favorite things you like to do with other people?

What are your favorite subjects in school?

If you could learn about job/career, what would it be?

What are your favorite subjects to read about?

What is one goal you have set for the future?

If you could learn something new, what would it be?

What person do you most admire and why?

Describe your ideal Saturday.

Please check all activities you are interested in:

<input type="checkbox"/>	Biking	<input type="checkbox"/>	Camping	<input type="checkbox"/>	Science	<input type="checkbox"/>	Cooking	<input type="checkbox"/>	Library
<input type="checkbox"/>	Hiking	<input type="checkbox"/>	Boating	<input type="checkbox"/>	Music	<input type="checkbox"/>	Sports	<input type="checkbox"/>	Yoga
<input type="checkbox"/>	Golf	<input type="checkbox"/>	Swimming	<input type="checkbox"/>	Gardening	<input type="checkbox"/>	Parks	<input type="checkbox"/>	Movies
<input type="checkbox"/>	Fishing	<input type="checkbox"/>	Animals	<input type="checkbox"/>	Eating	<input type="checkbox"/>	Board Games	<input type="checkbox"/>	Shopping

List any other areas of strong interest: