**Instituto Amistad 4-6 de Noviembre**

Aplicación para el entrenamiento

**Información Básica**

**Nombre:**

*qpellido nombre*

**Dirección:**

*calle apartamento/unidad*

*Ciudad Estado Código postal*

C

**Teléfono:** Etnicidad:

**Idioma**:

**Género:**  ☐ Femenino ☐ Masculino

 **Respuestas cortas**

***Se usará esta información para determinar si cualifica para asistir al Instituto Amistad.***

**El Movimiento Amistad busca empoderar a los migrantes recién llegados con los recursos informacionales para poder prevenir la trata de personas en sus comunidades, y saber qué hacer cuando se encuentran a una víctima. ¿En qué manera seria usted capaz de alcanzar y entrenar a migrantes sobre la prevención de la trata y la identificación de víctimas?**

**El propósito del Instituto Amistad es entrenar a un grupo de voluntarios que se comprometerán a reclutar y entrenar a otros entrenadores para concienciar a su comunidad sobre la prevención de la trata y la identificación de víctimas. ¿Está usted dispuesto (a) a llevar a cabo ésa labor por lo menos un año? Brevemente describa su plan para hacer esto.**

**¿Tiene usted necesidades dietéticas especiales? Si No**

**Si respondió que si, ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**¿Cómo oyó usted del Instituto Amistad?**

☐ Correo electrónico ☐ un empleado de USCCB ☐ Parroquia

☐ Página web ☐ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_