



**select and copy the text and then paste it into a new document.**

**Programa *Sources of Strength* - Fuentes de Fortaleza  
Invitación de Líder de Compañero**

Estimado \_\_\_\_\_:

Usted ha sido recomendado por sus compañeros y maestros como alguien que tiene liderazgo y tiene influencia con sus amigos y compañeros de grupo. Le invitamos ser parte de una experiencia que enseña líderes como usted, junto con adultos que se preocupan por ayudar a otros jóvenes cuando estando luchando emocionalmente, pueden estar pensando en el suicidio, o están lidiando el enojo, ansiedad o depresión.

El simple hecho es que necesitamos su participación para que esto sea efectivo. Alguien como usted se puede enterar de amigos o compañeros de clase que estén pasando por momentos difíciles emocionalmente más rápidamente que un adulto.

Esto es lo que sabemos: Cuando podemos tener líderes de compañeros como usted trabajando junto con algunos de los adultos, puede ayudar a más estudiantes sentirse mejor y salvar vidas. Si los adultos tratan por si solos – fallan.

Lo que esperamos de usted es un poco de su tiempo, energía y creatividad. La primera fase sería participar en un entrenamiento interactivo de *Sources of Strength* de cuatro horas (durante su horario escolar). Este entrenamiento contiene muy poca discurso, pero mucho diálogo, discusión y actividades interactivos. Si usted elige continuar con el programa, usted sería involucrado en actividades de prevención por 12-14 horas durante el año escolar. Usted tendrá voz en las actividades de prevención en las cuales que esté involucrado en base a cómo trabaja mejor para usted y sus intereses.

Este programa es generalmente descrito como divertido, interesante, energético y basado en fortalezas, en vez de deprimente. Entre su conocimiento de sus compañeros y su conocimiento de prevención, creemos que juntos podemos hacer un programa eficiente contra el suicidio. No planeamos cambiarles o convertirles a un psiquiatra, solamente queremos que sea usted mismo y use sus conexiones y la capacidad que usted ya tiene para ayudar a mantener a los jóvenes seguros y tener un gran impacto en su escuela y su comunidad.

Nombre (Letra de molde) \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ Salon de Clase # \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_  
Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_  
Correo Electronico \_\_\_\_\_

Si usted piensa en otro estudiante(s) en su escuela que debe participar en este programa, favor de compartir sus nombres aquí.

Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Razón \_\_\_\_\_