



Referral Form (Page 1)

House Bill 1451 Family Advocacy Support Team Referral Form
Serving ages 5-18 with complex needs

Date of Referral: _____

Date Received: _____

¿Quién hace la referencia?:

Nombre: _____ Organización: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____

Se informó a la familia?: SI NO (la agencia que hizo la referencia ha contactado a la familia, informó lo que es FAST y les informó que se hizo una referencia)

Información sobre el Niño:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: niña niño

Etnia: Afroamericano Asiático Caucásico Hispano Cora Nativo Americano Otro: _____

Idioma principal: _____

Información del Seguro médico: Medicaid: Si No Otro: _____

Información sobre el Padre / Guardián:

Nombre: _____ Padre Pariente Padres de crianza temporal (*Foster parents*)

Dirección: _____ Apartamento #: _____ Teléfono: _____ Otro Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ C.P.: _____ Email: _____

Hermanos / niños que viven en el hogar:

1. _____ Fecha de nacimiento _____ niña niño

2. _____ Fecha de nacimiento _____ niña niño

3. _____ Fecha de nacimiento _____ niña niño

4. _____ Fecha de nacimiento _____ niña niño

Necesidades Especiales, (intérprete, discapacidad física o sensorial, necesidades médicas, limitaciones, etc.):

Escuela _____ Grado _____ Educación especial Si No

Razones por las cuales se hace la referencia (por favor explique):

“¿Por qué ahora?” _____

¿Eventos desencadenantes? _____

¿Escuela? _____

¿Ubicación (*placement*)? _____

¿Legal? _____

¿Drogas y/o Alcohol? _____ v_

¿Hogar? _____

¿Seguridad? _____

¿Salud Mental? _____

¿Diagnóstico? _____

Otro _____

Por favor vea el reverso y complete

**** No se aceptan referencias incompletas. La referencia no será revisada hasta que el formulario esté completo**



Referral Form (Page 2)

Elegibilidad (El/la niño/a está involucrado/a con al menos dos de las agencias nombradas a continuación):

* Por favor marque lo que corresponda y agregue el nombre de la persona con quien está en contacto.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DHS (Departamento de Servicios Humanos) _____ | <input type="checkbox"/> Probation (Libertad Condicional) _____ |
| <input type="checkbox"/> NYC (Centro de Detención Juvenil) _____ | <input type="checkbox"/> Escuela _____ |
| <input type="checkbox"/> Salud Mental _____ | <input type="checkbox"/> Salud _____ |
| <input type="checkbox"/> Juvenile Services (Servicios Juveniles) _____ | <input type="checkbox"/> Partners _____ |

Información adicional / Fortalezas (cosas que funcionan bien) / Intereses: _____

Miembros identificados para el ISST:

Facilitador de la Familia: _____
Otros, según el caso: _____
Otras personas que puede servir de apoyo: _____

Recursos a considerar (Marque o defina lo que se necesita o lo que ya tiene lugar):

	<u>Ya está provisto</u>	<u>Se necesita</u>	<u>Se sugiere</u>
Médico	_____	_____	_____
Dental	_____	_____	_____
Vivienda	_____	_____	_____
Ropa	_____	_____	_____
Alimentos	_____	_____	_____
Tutoría	_____	_____	_____
Mentor	_____	_____	_____
Transporte	_____	_____	_____
Otro	_____	_____	_____

Para ser aprobada, la referencia debe incluir:

- ___ Intake Assessment (Evaluación del formulario de Admisión)
- ___ Multiple-agency release of information form (formulario de permiso para compartir información de agencias múltiples)
- ___ Substance Abuse consent to release (if applicable) (permiso para compartir información del abuso de sustancias (si es el caso))

Otra información adjunta (Consulte la información suplementaria provista)

- ___ Información de la Escuela
- ___ Información sobre Salud / Salud Mental (marque lo que corresponda)
- ___ Policía/ Historia del Sistema Judicial (Law Enforcement / Judicial System History)

Form to be completed by referral agency/person and submitted to:

Meghan Dougherty

Family Advocacy and Support Team (FAST) Coordinator:

Address: 200 E. Virginia Ph: 641-7665 Fax: 641-9079 E-mail: mdougherty@gunnisoncounty.org