



# Formulario de Recomendación (Página 1)

Family Advocacy Support Team Referral Form  
Sirve a edades de 5 a 18 años con necesidades complejas

Date of Referral: \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_

### Fuente de referencia:

\*Nombre: \_\_\_\_\_ \*Organización: \_\_\_\_\_

\*Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

¿Se informó a la familia?:  SI (Las familias referidas DEBEN ser informadas de la referencia. Si la familia no fue informada, la referencia no será aceptada)

### Información del Niño(a):

\*Nombre: \_\_\_\_\_ \*Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\*Género: \_\_\_\_\_ \*Idioma primario: \_\_\_\_\_ Información del Seguro Médico:  Medicaid  sin seguro  HMO/PPO/Otro

\* Etnia:  Caucásico  Cora  Hispano  Asiático  Afroamericano  Nativo Americano  Otro: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Educación especial?  SI  NO

### Información del Padre / Guardián:

1. \*Relación con el niño:  Padre  Pariente  Padres de crianza temporal  Guardian Legal  Otro: \_\_\_\_\_

\*Nombre: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento #: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

2. Relación con el niño:  Padre  Pariente  Padres de crianza temporal  Guardian Legal  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Información del Hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Género
1.		
2.		
3.		
4.		

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de voltear para ver la otra parte completa.

\*Formularios incompletos seran regresados, referidos no seran evaluados hasta que el formulario de referencia se llene por complete.



## Formulario de Recomendación (Página 2)

**Motivos actuales de referencia:**

\*"Porque ahora?" Escribe una corta descripción al porque la referencia se está haciendo ahora:

---

---

---

\*Eventos Precipitantes? Escribe una corta descripción de los eventos que están llevando a realización de esta referencia:

---

---

---

Informacion Adicional/ Razones. Favor de proveer cualquier información con respecto al porque está haciendo esta referencia. Incluye cualquier información que aplique con respecto a la escuela, problemas legales, drogas y uso de alcohol, problemas en la casa, preocupación de seguridad, salud mental y diagnostico o alguna otra circunstancia atenuante.

---

---

---

---

**Agencia en participación actual:**

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

DHS – (Departamento de Servicios Humanos) Child Welfare

Contacto: \_\_\_\_\_

Servicios de Escuela

Contacto: \_\_\_\_\_

NYC (Centro de Detención Juvenil)

Contacto: \_\_\_\_\_

Servicios de Salud

Contacto: \_\_\_\_\_

Servicios de Salud Mental

Contacto: \_\_\_\_\_

Gunnison Valley Mentors

Contacto: \_\_\_\_\_

Juvenile Diversion

Contacto: \_\_\_\_\_

Project Hope

Contacto: \_\_\_\_\_

Probation (Libertad Condicional)

Contacto: \_\_\_\_\_

DVR (Department of Vocational Rehabilitation)

Contacto: \_\_\_\_\_

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

---

---

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

*Family Advocacy and Support Team (FAST) Coordinator:*

*Address: 202 E. Georgia Ph: 641-7665 Fax: 641-9079 E-mail: fastcoordinator@gunnisoncounty.org*