Parents Helping Parents of SLO

1146 Farmhouse Lane San Luis Obispo,
CA 93401

Forma de Referencia de Familia

Nombre de niño/a o Adulto:_____ **Fecha:**_____

Fecha de Nacimiento:_____ Género: ___Femenino ___ Masculino ___Prefiero no responder

Diagnóstico:_____ Escuela que el niño/a asiste:_____

Idioma principal:_____ Idioma secundario:_____

Origen étnico del niño/a (escriba el número):_____

1 Caucasico/Blanco 2 Latino Hispánico 3 Afro-Americano/Negro 4 Natural Nativo De American/Alaska
5 Isleño Pacífico Asiático 6 El Otro Asiático 7 Bi/Multiracial 8 Otro:_____

¿Es cliente del Centro regional?: ___ Sí ___ No ___ Early Start Inseguro, aclare:_____

¿Tiene el niño/adulto lo siguiente?: ___ IEP ___ IPP ___ IFSP

Información del cuidador primario: Nombre:_____ Apellido:_____

Relación: ___Padre ___Adoptivo ___Parentesco/abuelo Otro:_____

Idioma principal:_____ Idioma secundario:_____

Origen étnico del los padre primario (escriba el número):_____

1 Caucasico/Blanco 2 Latino Hispánico 3 Afro-Americano/Negro 4 Natural Nativo De American/Alaska
5 Isleño Pacífico Asiático 6 El Otro Asiático 7 Bi/Multiracial 8 Otro:_____

Información del cuidador secundario: Nombre:_____ Apellido:_____

Relación: ___Padre ___Adoptivo ___Parentesco/abuelo Otro:_____

Idioma principal:_____ Idioma secundario:_____

Origen étnico del los padre secundario (escriba el número):_____

1 Caucasico/Blanco 2 Latino Hispánico 3 Afro-Americano/Negro 4 Natural Nativo De American/Alaska
5 Isleño Pacífico Asiático 6 El Otro Asiático 7 Bi/Multiracial 8 Otro:_____

Dirección de calle:_____ Ciudad:_____ CA Código postal:_____

Dirección de correo electrónico:_____

Teléfono celular:_____ Teléfono de casa:_____

Doy mi consentimiento para que: _____ (agencia de referencia) envíe esta referencia a PHP.

Firma de los padres:_____

Permiso verbal(en lugar defirma)obtenido de los padres: ___

Referido por/Coordinador de servicios:_____Agencia:_____

Teléfono #:_____ Correo electrónico:_____

Motivo de la remisión: ___Apoyo general a los padres

Familia quiere más información acerca:_____

Seguro: _____

Comida gratuita y/o precio reducido: ___Sí ___ No

TCRC ONLY Child's UCI #:

Utilizing PHP as a Medicaid Waiver billable service: ___Yes ___No

Email this form to PHP: 805-543-3277 or php@ucp-slo.org