

轉介表格

請填寫此表格以轉介一名孩子使用家庭支援中心及 / 或幫助我成長三藩市計劃的服務。必須填寫此表格並簽名。

請用正楷填寫。請將表格電郵發到 referral@supportforfamilies.org 或傳真至 (415) 282-1226。

兒童和家長 / 監護人資料 (*要求填寫資料):

轉介日期: _____

*兒童姓名:	*兒童出生日期:	UCI #	性別: 男 女 其他性別
兒童族裔:	*在家所講語言:		
*家長 / 監護人姓名:	家長 / 監護人族裔:	與兒童的關係:	
*地址:	城市:	郵區號碼:	
*電話:	電郵:		

轉介原因 (請選擇所有適用項目):

留意到 / 懷疑有延遲或關注 (請告訴我們所有關注的事項)

行為 社交 / 情緒 言語和語言 肌肉發展 其他: _____

發展檢查 - 檢查日期: _____ (附上檢查結果)

使用的檢查: ASQ-3 ASQ:SE PEDS M-CHAT 其他: _____

孩子有沒有 IEP 或 IFSP? 是 否 不知道 (附上 IEP/IFSP 文件)

情況 / 診斷 (此部份只由醫療人員填寫): _____ (附上評估結果)

診斷者: 兒科醫生 心理學家 神經科專家 其他: _____

其他 / 評論: _____

轉介機構資料:

姓名:	轉介機構 / 計劃資料:	
職稱 / 職銜:	電話:	電郵:
地址:		
已轉介家庭使用:	轉介日期: _____	家庭有興趣轉介使用:
<input type="checkbox"/> 金門地區中心 (GGRC)		<input type="checkbox"/> GGRC <input type="checkbox"/> SFUSD <input type="checkbox"/> Beacon/ ABA <input type="checkbox"/> CCS
<input type="checkbox"/> 三藩市聯合校區 (SFUSD)		<input type="checkbox"/> ECE 融和指導 <input type="checkbox"/> 托兒 <input type="checkbox"/> 法律
<input type="checkbox"/> Beacon/ ABA Service		<input type="checkbox"/> 親子之道能力 <input type="checkbox"/> 互助組 <input type="checkbox"/> 房屋
<input type="checkbox"/> 加州兒童服務 (CCS)		<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 遊戲組 <input type="checkbox"/> 諮詢
<input type="checkbox"/> 其他: _____		<input type="checkbox"/> 其他: _____

家長 / 監護人同意書: 如無家庭的書面同意, 我們無法聯絡你。

我准予轉介機構、家庭支援中心和在上面所示的任何機構取得和交換有關我孩子的資料。

縮簽 我明白:

_____ 此共用的資料只用於為我孩子協調和計劃資源與轉介, 並將會保持機密。

_____ 我明白家庭支援中心的職員將聯絡我跟進我有關孩子之關注問題。

_____ 我可在任何時候書面通知該機構 / 個人撤銷我的許可。到期日期 _____

_____ 此表格的副本和原件效力一致, 我要求取得一份副本。

家長 / 監護人簽名: _____ 日期: _____

家長 / 監護人正楷姓名: _____