

REFERRAL FORM

Please complete this form to refer a child to Support for Families and/or Help Me Grow San Francisco. This form must be completed and signed. Please print clearly. Please send form to referral@supportforfamilies.org or fax to (415) 282-1226.

Child and Parent/Guardian's Information (*required information):
Referral Date: _____

*Child Name:	*Child DOB:	UCI #	Gender: M F X
Child Ethnicity:		*Language(s) Spoken at Home:	
*Parent/Guardian Name:	Parent/Guardian Ethnicity:	Relationship to Child:	
*Address:	City:	Zip:	
*Phone:	Email:		

Reason(s) for Referral (Please check all that apply)

Observed/ Suspected delay or concern (please share all concerns)	
☐ Behavior ☐ Social/Emotional ☐ Speech & Language ☐ Motor Development ☐ Other: _____	
Developmental Screening - Date of Screen: _____ (Attach screening results)	
Indicate screen used: ☐ ASQ-3 ☐ ASQ:SE-2 ☐ PEDS ☐ M-CHAT ☐ Other: _____	
Does the child have an IEP or IFSP? ☐ Yes ☐ No ☐ Do Not Know (Attach IEP/IFSP documentation)	
Condition/ Diagnosis (Medical Professional Use ONLY): _____ (Attach assessment results)	
Diagnosed by: ☐ Pediatrician ☐ Psychologist ☐ Neurologist ☐ Other: _____	
Other/Comments: _____	

Referring Agency Information:

Name:	Referring Agency/ Program Information:	
Position/Title:	Phone:	Email:
Address:		
Family has already been referred to: ☐ Golden Gate Regional Center (GGRC) ☐ San Francisco Unified (SFUSD) ☐ Beacon/ABA Service ☐ California Children's Services (CCS) ☐ Other: _____	Date Referred: _____ _____ _____ _____	Family interested in referral for: ☐ GGRC ☐ SFUSD ☐ Beacon/ABA ☐ CCS ☐ ECE Inclusion Coaching ☐ Child Care ☐ Legal ☐ Parenting Skills ☐ Support Group(s) ☐ Housing ☐ Health Insurance ☐ Playgroup(s) ☐ Counseling ☐ Other: _____

Parent/Guardian Consent: Please be advised we will not be able to contact you without written consent from the family.

I give permission to Support for Families, the referring agency, and any agency(ies) indicated above to obtain and exchange pertinent information regarding my child.

Initials I UNDERSTAND THAT:

- _____ The shared information will only be used to coordinate and plan resources and referrals for my child and confidentiality will be maintained.
- _____ I understand that SFCD staff member(s) will be contacting me to follow up on my concern for my child.
- _____ I may rescind my permission at any time by writing a note to the agencies/individuals. Expires: _____
- _____ A photocopy of this form is as valid as the original and I request a copy

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Parent/Guardian Printed Name: _____

FORMULARIO DE REMISIÓN

Por favor llene este formulario para enviar a un niño a Support for Families y / o Help Me Grow San Francisco. Este formulario debe ser completado y firmado. Por favor, escriba de forma clara. Por favor envíe el formulario a través de nuestro correo: referral@supportforfamilies.org o por fax al número: (415) 282-1226.

Información del niño y padre/madre o tutor (*información obligatoria): **Fecha de remisión:** _____

*Nombre de niño/a:	*Fecha de nacimiento del niño/a:	UCI #:	Género: M F X
Origen étnico del niño/a:		*Idioma(s) que se hablan en casa:	
*Nombre del padre/madre o tutor legal:	Raza del padre/madre o tutor legal:	Relación con el niño/a:	
*Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
*Teléfono:	Correo electrónico:		

Motivos para la remisión (Por favor, marque todos los que apliquen)

Retraso / preocupación observada / sospechada (por favor comparta todas sus inquietudes) ☐ Comportamiento ☐ Social/Emocional ☐ Habla y Lenguaje ☐ Desarrollo Motor ☐ Otro: _____
Evaluación del desarrollo: fecha de la evaluación de desarrollo: ____/____/____ (Adjuntar resultados de detección) Indique la evaluación de desarrollo utilizada: ☐ ASQ-3 ☐ ASQ:SE ☐ PEDS ☐ M-CHAT ☐ Otro: _____
¿Tiene el niño un IEP o IFSP? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé (Adjunte la documentación de IEP / IFSP)
Condición/Diagnosis (uso profesional médico SOLAMENTE): _____ (Adjunte los resultados de la evaluación) Diagnosticado por: ☐ Pediatra ☐ Psicólogo ☐ Neurólogo ☐ Otro: _____
Otros/Comentarios: _____

Información de la agencia que remite:

Nombre:	Agencia que remite/ Información del programa:	
Cargo/ Título:	Teléfono:	Correo electrónico:
Dirección:		
La familia ya ha sido referida a: ☐ Centro Regional Golden Gate (GGRC) ☐ Distrito Escolar San Francisco (SFUSD) ☐ Beacon/ ABA Service (Servicio Beacon) ☐ Servicios para Niños de California (CCS) ☐ Otro _____	Fecha de referencia: _____	Familia interesada en la referencia para: ☐ GGRC ☐ SFUSD ☐ Beacon/ ABA ☐ CCS ☐ Entrenamiento de Inclusión ECE ☐ Cuidado Infantil ☐ Legal ☐ Habilidades de padres ☐ Grupos de apoyo ☐ Vivienda ☐ Seguro de salud ☐ Grupos de juego ☐ Orientación o consejería ☐ Otro: _____

Consentimiento del padre/madre o tutor legal: Tenga en cuenta que no podremos comunicarnos con usted sin el consentimiento por escrito de la familia.

Doy permiso a Support for Families, a la agencia de referencia y a todas las agencias indicadas anteriormente para obtener e intercambiar información pertinente sobre mi hijo.

Iniciales **COMPRENDO QUE:**

_____ La información compartida solo se utilizará para coordinar y planificar los recursos y remisiones para mi hijo(a), y se mantendrá en carácter confidencial.
 _____ Comprendo que el personal de SFCD se comunicará conmigo para hacer un seguimiento el problema que mi hijo(a) pudiera tener.
 _____ Puedo cancelar mi autorización en cualquier momento escribiendo una nota a las agencias/individuos. Expira _____
 _____ Una fotocopia de este formulario es tan válido como el original y solicito una copia

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

Nombre Impreso del padre/madre o tutor legal: _____

轉介表格

請填交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。必須填妥此表格並簽名。

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:
☐ 金門地區中心 (GGRC)	_____	☐ GGRC ☐ SFUSD ☐ Beacon/ ABA ☐ CCS
☐ 三藩市聯合校區 (SFUSD)	_____	☐ ECE 融和指導 ☐ 托兒 ☐ 法律
☐ Beacon/ ABA Service	_____	☐ 親子之道能力 ☐ 互助組 ☐ 房屋
☐ 加州兒童服務 (CCS)	_____	☐ 健保 ☐ 遊戲組 ☐ 諮詢
☐ 其他: _____	_____	☐ 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: _____	