

轉介表格
請填寫清楚

請轉介到家庭支援中心

姓名:	地址: 1663 Mission St. 700, SF, CA 94103		
電話: (415) 920-5040	電郵: referral@supportforfamilies.org	傳真: (415) 282-1226	

提出轉介的人:

姓名:	家長/監護人姓名 簡簽	
轉介的機構:		
地址:		
電話:	電郵:	轉介日期:

孩子/家庭資料:

兒童姓名:	UCI 號碼	性別: 男 女
孩子出生日期: :	孩子族裔:	
家長/監護人姓名:	在家用的語言:	
地址:	家長/監護人族裔:	
城市: 郵區:	與兒童的關係:	
電話:	電郵:	

Lanterman 早期開始/Plus 幫我成長 其他

我關注有關我的孩子的 (請指出所有適合你的)

- 行為 聽覺, 運動肌及身體發展 診斷 _____
- 語言發展 其他 _____
- 早產

我上述簡簽同意家庭支援中心、機構或個人共享我孩子的相關信息

醫療 社交 心理 發展 其它 _____

簡簽 我明白以下:

- _____ 共享信息將僅用於協調和規劃我孩子的資源和轉介, 將會保密。
- _____ 我可以在任何時候寫一張字條給機構去撤銷我的同意書。 過期 _____
- _____ 此 複印文件的形式和原始的文件一樣有效, 我要求一個副本。

我同意家庭支援中心的工作人員與我聯繫。

家長/監護人簽名: _____ 日期: _____

家長/監護人姓名: _____