



Contra Costa

Youth Service Bureau

FORMULARIO DE REFERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO PARA FAMILIAS DE PARENTESCO

Instrucciones: Complete todas las secciones de la manera más completa posible.

Referencia completa por Fax(s) al: (510) 232-3460

Date/Fecha: _____

SECCIÓN 1: Información del cuidador

Nombre del cuidador: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código postal: _____ Número de teléfono de casa: _____ Número Celular: _____

SECCIÓN 2: Información del Pariente

Niños (as):

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Cuidadores:

Nombre:	Rel. con niño(a):	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	Estado civil:
Nombre:	Rel. con niño(a):	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	Estado civil:

Otros que viven en el hogar:

Nombre:	Rel. con niño(a):	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre:	Rel. con niño(a):	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre:	Rel. con niño(a):	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre:	Rel. con niño(a):	Fecha de nacimiento:	Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

SECCIÓN 3: Motivo de la Referencia

Describa los eventos que llevaron a referir al cuidado de parentesco/ Kinship:

SECCIÓN 4: Servicios necesarios (marque todos los que correspondan)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Necesidades básicas | <input type="checkbox"/> Educación para padres | <input type="checkbox"/> Alojamiento/Vivienda |
| <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Alimento | <input type="checkbox"/> Grupo de apoyo |
| <input type="checkbox"/> Manejo de casos | <input type="checkbox"/> Cuidado de relevo | <input type="checkbox"/> Cuidado de la salud |
| <input type="checkbox"/> Tutela | <input type="checkbox"/> Recreación | <input type="checkbox"/> Mentoría |

SECCIÓN 5: Información de la fuente de referencia

Nombre: _____ Por favor circule uno: CFS Escuela Probate Uno mismo
Otro Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Asignación de caso: Sólo para uso del proveedor de Cuidado de Parentesco/KSSP

Fecha de inicio: _____ Trabajador social de parentesco asignado: _____
MC: _____ NMC: _____