

Centro de Recursos Familiares
Forma de Referencia

Fecha : _____

Información del Cliente:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No tengo una dirección actual. *(Si usted no tiene una dirección actual, por favor díganos donde esta viviendo)* _____

¿Cuántas personas viven en su hogar?

_____ 0-4 Años de Edad _____ 5-17 Años de Edad _____ 18 Años de Edad o Mayor

¿Hay alguien en su hogar que este embarazada? Si No

Información Sobre Recursos:

¿Cómo podemos ayudarle?

El centro de recursos está disponible para ayudar con una variedad de recursos, por favor háganos saber si hay recursos adicionales con los que le podemos ayudar, marcando las casillas de abajo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Alquiler / Utilidades | <input type="checkbox"/> Recursos para Dejar de Fumar |
| <input type="checkbox"/> Apoyo/Clases para Padres | <input type="checkbox"/> Asistencia de Comida |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud / Plan de Salud de Oregón | <input type="checkbox"/> Ropa / Artículos de Higiene |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Transporte | <input type="checkbox"/> Recursos Médicos y Dentales |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones |
| <input type="checkbox"/> Apoyo para Adicciones | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Asistencia con Útiles Escolares | <input type="checkbox"/> Planificación Familiar/Anticonceptivos |
| <input type="checkbox"/> Recursos de Violencia Doméstica | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños |
| <input type="checkbox"/> Recursos de Vivienda | <input type="checkbox"/> Recursos de Empleo |
| <input type="checkbox"/> Servicios para Veteranos | <input type="checkbox"/> Recursos Relacionados a Educación |
| <input type="checkbox"/> Servicios para Tercera Edad/Discapacitados | <input type="checkbox"/> Otra Razón: _____ |

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

OFFICE USE ONLY	
Received By: _____	Date: _____
Referred to :	
<input type="checkbox"/> FCO <input type="checkbox"/> CAA <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> FBB <input type="checkbox"/> CCR&R	
<input type="checkbox"/> Outside Agency: _____	