



Raising Special Kids  
Families Helping Families

## Family Referral Form

Fax: 602-242-4306

Email: [info@raisingspecialkids.org](mailto:info@raisingspecialkids.org)

Phone: [602-242-4366](tel:602-242-4366)

Programs and services designed to help families **understand** their health care plan services, **find** community programs & resources, **connect** with other families and **participate** in developing an appropriate education for their children. All offered at no charge and without qualifying eligibility requirements.

### Professional Making Referral

Name (print): \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Agency/Organization: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

### Family Information

By providing the following information and my signature, I am giving permission to Raising Special Kids to initiate contact with me. Upon receiving the referral, I understand that Raising Special Kids will be contacting me within 48 hours, or immediately for urgent matters. All information is treated as confidential and will not be released to outside organizations or individuals. This release is valid for 90 days from the date of my signature.

Printed Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Child's Diagnosis/Concern: \_\_\_\_\_

### Family Waiver/Release of Information

I hereby give permission for the release of my Family Information to Raising Special Kids. I understand I can expect a phone call within a few days of this referral.

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
Date



Raising Special Kids  
Families Helping Families

## Formulario de Referencia Familiar

Enviar al número de fax: 602-242-4306

Correo Electrónico: [Info@raisingspecialkids.org](mailto:Info@raisingspecialkids.org)

Phone: [602-242-4366](tel:602-242-4366)

Programas y servicios diseñados para ayudar a las familias a **entender** los servicios de atención médica, a **encontrar** programas y recursos comunitarios, a **conectarse** con otras familias y a **participar** en el desarrollo de una educación apropiada para sus hijos. Todos nuestros servicios gratuitos y sin requisitos de elegibilidad.

### Información del profesional que refiere

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Agencia/Organización: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### Información de la familia

Al proveer la siguiente información y mi firma, autorizo a Raising Special Kids a iniciar contacto conmigo. Entiendo que al recibir esta remisión, Raising Special Kids me contactará en un lapso de 48 horas o de inmediato en casos urgentes. Toda información se trata con confidencialidad y no será compartida con individuos u organizaciones externas. Esta autorización es válida por un período de 90 días a partir de la fecha en que la haya firmado.

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad / Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico del niño/necesidades especiales: \_\_\_\_\_

### Permiso de la familia para compartir información

Por medio de la presente autorizo a que se entregue mi información familiar a Raising Special Kids. Entiendo que puedo esperar una llamada telefónica dentro de unos días después de ésta remisión.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_