



Formulario de remisión de la reunión de CRCG

Esperamos colaborar con usted para apoyar a su hijo. Conteste todas las preguntas y proporcione tantos detalles como sea posible. Cuanta más información tengamos mayor elegibilidad esperamos poder proporcionarle a su familia para los programas. Puede adjuntar información y documentos adicionales que considere que serán de ayuda para que los miembros de la comunidad los revisen.

Información del niño y la familia

Fecha: _____

Nombre legal del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Su niño es conocido por otro nombre, apodo o prefiere algún otro nombre: _____

Idioma de preferencia del niño: _____

Nombre(s) de los padres/tutores: _____

Relación con el niño/joven: _____ Idioma de preferencia: _____

Domicilio de la familia: _____

Ciudad y código postal: _____ No. teléfono primario: _____

Condado: _____ Dirección de correo electrónico de la familia: _____

La información demográfica a continuación se usa con fines estadísticos y no impacta en la elegibilidad de su hijo o la familia para los servicios.

Identidad de género del niño (elijá todas las que correspondan):

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario ☐ Género no especificado

☐ Género variante/Andrógino ☐ Transgénero Femenino ☐ Transgénero Masculino ☐ Elige no responder

☐ o indique en sus propias palabras y/o en las palabras de su niño: _____

Pronombres de preferencia del niño: ☐ ella ☐ él ☐ ellos ☐ elle

☐ o indique en sus propias palabras y/o en las palabras de su niño: _____

Raza identificada del niño/joven (indique todas las que correspondan):

☐ Nativo americano o Nativo de Alaska

☐ Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico

☐ Asiática

☐ Blanca

☐ Negra o Afro-americana

☐ Otra: _____

☐ Prefiere no responder

¿El niño/joven se identifica como Latino o Hispano? ☐ Sí ☐ No

Datos de referencia

Persona que refirió a la familia al CRCG:

Nombre: _____ Agencia: _____

Información del contacto (No. teléfono/Correo electrónico: _____

Razón de la recomendación (resumen del comportamiento, las necesidades actuales, acontecimientos preocupantes, diagnósticos, etc. de su niño):

Servicios actuales que está recibiendo su niño, y las agencias u organizaciones involucradas con su niño:

Servicios anteriores que su hijo ha recibido y las agencias u organizaciones que anteriormente estuvieron involucradas con su niño:

¿Está considerando colocar a su hijo fuera del hogar para su tratamiento u otras necesidades?

Nombre de la escuela a la que asiste actualmente su hijo. ¿Quién es una buen contacto en la escuela (incluya el nombre completo, el teléfono y la dirección de correo electrónico)?

¿Su hijo corre el riesgo de no ser capaz de asistir a la escuela que usted y/o él haya elegido? (Asignado a un programa alternativo, suspendido debido a su comportamiento, etc.)?

¿Siente que necesita ayuda para defender a su hijo con su escuela? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo tiene alguna condición médica, dificultad física, intelectual o retrasos en el desarrollo (incluya todos los tratamientos que reciba o haya recibido en el pasado)?

¿Cuáles son las cualidades de su hijo?

¿Cuáles son las cualidades de su familia?

¿Qué disfrutaban hacer juntos su hijo y su familia?

¿Qué está haciendo usted, como padre o cuidador, para cuidarse a sí mismo?

¿Qué apoyos y/o servicios adicionales le gustaría para usted como cuidador del niño/joven?

Miembros de la familia

¿Quién vive en el hogar del niño/joven? (incluya la relación con el niño/joven y la edad de todos los niños)

¿Algún padre o tutor legal vive fuera del hogar?

¿Algún cuidador adicional que habitualmente visite el hogar o en cuyo hogar permanezca el niño/joven?

Información adicional del niño y la familia

La siguiente información nos ayudará a identificar servicios y apoyos potenciales disponibles para su niño y familia.

Seguro y/o cobertura de atención médica del niño/joven:

☐ Medicaid (Empresa: _____) ☐ Star ☐ Star Kids

☐ CHIP ☐ MAP ☐ Cobertura privada (Compañía: _____)

☐ Sin cobertura actual de seguro/atención médica

Ingresos de la familia y los cuidadores:

No hay criterios de ingresos para la reunión del CRCG. Recabamos esta información para garantizar que no recomendemos o remitamos a su familia a un programa que podría no ser una opción en base a los criterios de ingresos del programa.

Ingresos de la familia y los cuidadores (empleo, seguro social, retiro, etc.):

Ingreso total de la familia/cuidador _____ ☐ Mensual ☐ Anual

Fuentes de ingresos adicionales: ☐ SSI/Discapacidad del niño/joven ☐ Manutención de hijos menores recibido

☐ Subsidio por adopción ☐ Otros ingresos/pagos o información: _____

¿Tiene el niño o la familia alguna afiliación de fe, religiosa o de otro tipo que usted desearía que se tome en cuenta al identificar servicios y apoyos disponibles? _____

¿Alguna otra información que usted desearía que se tome en cuenta al identificar servicios y apoyos disponibles? _____
