Raising Special Kids
Families Helping Families

Family Referral Form

Please fax completed form to: 602-242-4306

Raising Special Kids provides support, information, resources, training and assistance to parents of children with disabilities or special health care needs in Arizona. **All programs and services are offered free of charge** in both English and Spanish, at all ages and stages of a child's development.

Professional Information of Referral Agency

Name (please print):_____

Agency / Org.:_____

Phone: _____

Email: _____

Signature: _____

By providing the following information and my signature, I am giving permission to initiate contact between Raising Special Kids and my family. Upon receiving the referral, I understand that I will be contacted within 48 hours in most cases, or immediately for urgent matters. All information is treated as confidential and will not be released to outside organizations or individuals. Raising Special Kids conducts 100% follow-ups on all referrals. This release is valid for 30 days from the date of my signature.

Family Information (please print)

Name: _____

Phone: _____

Address: _____City / Zip Code_____

Email:_____

Child's Name: _____Date of Birth:_____

Child's Diagnosis/Special Needs: _____

_____

Family Waiver / Release of Information

I hereby give permission for the Referral Agency to release my above 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: _____

5025 E. Washington St., Ste. 204, Phoenix, AZ 85034-2005
602-242-4366 Toll Free 800-237-3007 Fax 602-242-4306 www.raisingspecialkids.org

Raising Special Kids
Families Helping Families

Formulario de Referencia Familiar

Por favor complete la forma y envíela al número de fax: 602-242-4306

Raising Special Kids provee apoyo, información, recursos, capacitación y asistencia a padres de niños con disabilidades o necesidades especiales de salud en Arizona. **Todos los programas y servicios se ofrecen gratuitamente** en inglés y español, en todas las etapas y desarrollo del niño/a.

Información Profesional o Agencia que refiere

Nombre (letra de molde por favor): _____

Agencia / Organización: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma: _____

Al proporcionar la siguiente información y mi firma estoy dando permiso para iniciar el contacto entre Raising Special Kids y mi familia. Al recibir esta referencia entiendo que seré contactado/a dentro de 48 horas en la mayoría de los casos, o inmediatamente para asuntos urgentes. Toda la información es tratada de forma confidencial y no será entregada a organizaciones externas o individuos. Raising Special Kids realiza seguimientos al 100% en todas las referencias. Esta referencia es válida por 30 días desde la fecha de mi firma.

Información acerca de la familia (letra de molde por favor)

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____Ciudad / Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del niño/a: _____Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico/necesidad especial: _____

_____

Liberación de información
Yo doy permiso a esta Agencia para divulgar la información anterior sobre mi familia a Raising Special Kids. Yo comprendo que puedo recibir una llamada telefónica dentro de unos días de esta referencia.

Firma del padre o tutor: _____Fecha:_____

5025 E. Washington St., Ste. 204, Phoenix, AZ 85034-2005
602-242-4366 Toll Free 800-237-3007 Fax 602-242-4306 www.raisingspecialkids.org