División de Servicios de Rehabilitación Vocacional y Agencia de Servicios Sociales del Condado/ Referencia Departamental

Complete esta forma cuando refiera a un solicitante, beneficiario o consumidor a otros servicios

Fecha: _____

A: *(marque uno)* Agencia de Servicios Sociales Servicios de Rehabilitación Vocacional

De: *(marque uno)* Agencia de Servicios Sociales Servicios de Rehabilitación Vocacional

I. Información de la Agencia que hace el Referido:

Nombre de la Agencia: _____ Fecha de Referido _____

Persona de Contacto en la Agencia: _____ Tel. _____

Correo Electrónico _____ **(Marque lo que aplique abajo)**

☐ Contacto para información adicional ☐ Para fecha de cita ☐ Notificar si no asiste a la cita

II. Información del Participante o Consumidor:

Nombre: _____ Nació (DOB). _ _ - _ _ - _ _ _ _

Dirección: _____

Ciudad Estado Código Postal

Tel. _____

Razón por la cual se refirió:_____

_____

_____

Consentimiento de Divulgación de Información incluido: SI/NO (marque uno)

III. Reporte del Referido:

Persona de la Agencia: _____ Tel._____

Correo Electrónico: _____

Fecha de la cita: _____ Estatus: asistió/no asistió/se hizo una nueva cita *(marque uno)*

Fecha de Nueva Cita: _____ Comentarios adicionales: _____

_____

_____

_____

_____

Firma de la Persona de la Agencia Posición Fecha

El Departamento de Salud y Servicios Humanos cumple con las leyes federales y estatales que restringen el uso y provisión de información de los solicitantes y beneficiarios de asistencia pública y cumple también con las provisiones de Confidencialidad del Acta de Seguridad Social. El Departamento de Salud y Servicios Humanos no discrimina a ninguna persona sobre las bases de raza, color, nación de origen, sexo, religión, edad, creencias políticas o discapacidad.