



# REFERRAL FORM

A variety of free and low cost programs are available to qualifying individuals through KidsFirst. Please check area(s) of interest and return to the KidsFirst center nearest you.

### CASE MANAGEMENT

- Information and Referral to community resources and services
- Health Insurance Enrollment Assistance
- Utility Discount Plan Enrollment Assistance (CARE Program)
- CalFresh Enrollment Assistance
- Other: \_\_\_\_\_

### COUNSELING

- Individual
- Child
- Family
- Couples
- Parent Child Interaction Therapy (PCIT) (2-7yrs.)
- Trauma-Based Therapy
- Post-Partum Depression/Parent Baby Wellness Program

### FAMILY SUPPORT

- Parents as Teachers/ Home Visitation Program (0-5 years)
- Parenting Classes / Pro Social Skills (5-8 years)
- Monthly Play Groups (0-5 years)
- After School Enrichment Activities (K-12)

HOH Ethnicity: \_\_\_\_\_

HOH Disability: \_\_\_\_\_

Yes  No

# of Adults: \_\_\_\_\_

# of Children: \_\_\_\_\_

Do you have Health Insurance?

Yes  No

Do you receive CalFresh?

Yes  No

Are you enrolled in the CARE program through PG&E?

Yes  No

Referred by: \_\_\_\_\_

### PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING CONTACT INFORMATION:

Today's Date: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Adult's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City/Zip: \_\_\_\_\_

Notes

### AGENCY REFERRAL

Contact Person: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Agency Name: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE

Staff Name: \_\_\_\_\_  Call In  Walk In  Voicemail  Fax

Date Assigned \_\_\_\_\_ CM Assigned: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

KidsFirst  
 124 Main Street  
 Roseville, CA 95678  
 P: 916.774.6802  
 F: 916.774.2685

KidsFirst  
 11960 Heritage Oaks Place  
 Auburn, CA 95603  
 P: 530.887.3536  
 F: 530.887.3856



# FORMULARIO DE REFERENCIA

Una variedad de programas gratuitos están disponibles a través de KidsFirst. Por favor marque las áreas de interés y devuelva al centro de KidsFirst más cercano.

## MANEJO DE CASO

- Información y referencia a recursos y servicios de la comunidad
- Asistencia de Inscripción de Seguro de Salud
- Asistencia de Inscripción del Plan de Descuento de Utilidades (CARE Program)
- Asistencia de Inscripción de CalFresh
- Otro: \_\_\_\_\_

## TERAPIA

- Individual
- Para Menores
- Familiar
- Parejas
- Terapia de Interacción Padre/Hijo(a) (PCIT) (2-7 años)
- Terapia basado en el trauma
- Depresión Maternal/Programa de bienestar para Padre y Bebe

## APOYA FAMILIAR

- Programa Padres Maestros (PAT)/ Programa de visitas hogares (0-5 años)
- Clases para Padres / Habilidades Sociales (5-8 años)
- Grupos de Juego Mensuales (0-5 años)
- Tutoría después de clases (K-12)

HOH Etnicidad: \_\_\_\_\_

HOH Discapacidad?  
 Yes  No

# de Adultos: \_\_\_\_\_

# de Menores: \_\_\_\_\_

Tiene Seguro de Salud?  
 Sí  No

Recibe beneficios de CalFresh?  
 Sí  No

Está inscrito en el programa CARE a través de PG&E?  
 Sí  No

Referido por: \_\_\_\_\_

### POR FAVOR PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Adulto: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Nombre de Menor: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Nombre de Menor: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad/Código Postal: \_\_\_\_\_

Notas:

### AGENCY REFERRAL

Contact Person: \_\_\_\_\_ Phone #: \_\_\_\_\_

Agency Name: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### FOR OFFICE USE

Staff Name: \_\_\_\_\_  Call In  Walk In  Voicemail  Fax

Date Assigned: \_\_\_\_\_ CM Assigned: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

KidsFirst  
124 Main Street  
Roseville, CA 95678  
P: 916.774.6802  
F: 916.774.2685

KidsFirst  
11960 Heritage Oaks Place  
Auburn, CA 95603  
P: 530.887.3536  
F: 530.887.3856