



FORMULARIO DE REFERIMIENTO DEL PROGRAMA DE MENTORÍA DE SOBREVIVIENTES

Si tiene preguntas o preocupaciones, comuníquese con Tina Valila: (617)659-4062 o tvalila@jri.org.

Su apellido:		Su nombre:*		Fecha:
Fecha de nacimiento:	Género (marque uno con un círculo): F M T Otro		Su raza o grupo étnico (marque uno con un círculo): 1) Blanco o caucásico 2) Hispano o latino 3) Afroamericano o negro 4) Asiático 5) Multirracial 6) Desconocido	
Colocación actual del joven: Nombre del programa (si corresponde): Dirección: Nombre de la persona de contacto: Correo electrónico: Teléfono:		REFERIDO POR Nombre y título (se corresponde):		
Agencia (si corresponde):		Relación con el joven:		
Teléfono:		Idioma principal que se habla en la casa del joven:		
Teléfono:		Correo electrónico:		
¿El Departamento de Niños y Familias (DCF) interviene en el caso de menor? SÍ NO				
Si contestó que sí, ¿de qué manera? CRA C&P Otra: _____				
Nombre del trabajador del DCF:		Oficina del DCF:		
Teléfono:		Correo electrónico:		
Si usted no es parte del DCF, ¿se ha comunicado con el DCF acerca de este referimiento (si corresponde, antes de referirlo a los servicios)?: SÍ NO n/a				
Si usted está con el DCF, ¿se ha contactado con la agencia líder (se corresponde, antes de referirlo a los servicios)?: SÍ NO n/a				
¿El Departamento de Salud Mental (DMH, en inglés) interviene en el caso de menor? SÍ NO (Si contestó que sí, indique el lugar, el nombre y la dirección de correo electrónico del contacto)				
Nombre del tutor legal:			Relación con el joven:	
Dirección:		Celular:	Correo electrónico:	

