



Referring Person:		Referring Person Email/Phone #:		Date:	
PARTICIPANT INFORMATION					
Child Last Name:		First:	Middle:	Primary Language :	
Address:		City/Zip:	Birthdate:	Age:	Sex: ☐ M ☐ F
Medical Concerns (list):			Special needs:		
Parent/Guardian:			Phone #: () Email:	Parent/Guardian Primary Language:	
Student's Strengths:					
<u>Reason for referral</u>					

I consent to allow my child (name) _____ to receive services provided by the ParentChild+ Program at Rebekah Children's Services.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____ Phone number: _____

To submit referral and for more information please contact:

Brenda Ramirez Garcia
(408) 846-2136
bramirez@rcskids.org

OR

Jessica Ocampo
Jocampo@rcskids.org
(408) 846-2194

Persona que Refiere:	Informacion de la persona que refiere Correo Electronico/Teléfono #:		Fecha:	
PARTICIPANT INFORMATION				
Apellido del infante:	Nombre:	Segundo Nombre:	Idioma Principal:	
Domicilio:	Ciudad/Código Postal:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: ☐ M ☐ F
Preocupaciones Médicas (lista):		Necesidades Especiales		
Nombre del Padres o Tutor\Legal:	Teléfono #: () Correo electrónico:	Idioma Principal Padre/Tutor:		
Fortalezas del Estudiante:				
<u>Razón por la referencia</u>				

Doy mi permiso para permitir que a mi hijo(a) (nombre) _____ para recibir servicios ofrecidos por el Programa de ParentChild+ de Rebekah Children's Services.

Firma de Padre o Tutor: _____ Fecha: _____ Número de Teléfono: _____

Para entregar la referencia o para más información puede contactar a:

Brenda Ramirez Garcia
(408) 846-2136
bramirez@rcskids.org

O

Jessica Ocampo
Jocampo@rcskids.org
(408) 846-2194