



Counseling Solutions & Case Management Referral Form

Forma de referencia de servicios de consejería y administración de casos

Questions? ¿Preguntas? Chicago area office: (773) 391-3789 | Lake County office: (773) 904-0348

Referral Information Información de referencia

Client Name: <i>Nombre del cliente</i>		Client date of birth: <i>Fecha de nacimiento del cliente</i>	
Sex/Gender: <i>Sexo/Género</i>	School/Grade Level (if applicable): <i>Escuela (si corresponde)</i>		Race/Ethnicity <i>Raza/Etnicidad</i>
Home address: <i>Domicilio</i>			
City: <i>Ciudad</i>		State: <i>Estado</i>	Zip code: <i>Código postal</i>

If you live in Chicago, do you live in any of these neighborhoods? Si vives en Chicago, ¿vives en alguno de estos vecindarios de Chicago?

<input type="checkbox"/> Auburn Grisham	<input type="checkbox"/> Chatham	<input type="checkbox"/> Gage Park	<input type="checkbox"/> Riverdale	<input type="checkbox"/> South Holland
<input type="checkbox"/> Blue Island	<input type="checkbox"/> Chicago Heights	<input type="checkbox"/> Grand Boulevard	<input type="checkbox"/> Roseland	<input type="checkbox"/> W. Englewood
<input type="checkbox"/> Calumet City	<input type="checkbox"/> Dolton	<input type="checkbox"/> Harvey	<input type="checkbox"/> Sauk Village	<input type="checkbox"/> Washington Heights
<input type="checkbox"/> Calumet Heights	<input type="checkbox"/> East Side	<input type="checkbox"/> Markham	<input type="checkbox"/> South Chicago	<input type="checkbox"/> West Pullman
<input type="checkbox"/> Calumet Park	<input type="checkbox"/> Englewood	<input type="checkbox"/> Park Forest	<input type="checkbox"/> South Deering	

Contact Information Información de contacto

Legal guardian /relationship to client (if client under age 18): <i>Tutor legal / relación con el cliente (si el cliente es menor de 18 años)</i>	
Cell phone number: <i>Número de teléfono celular</i>	Email: <i>Correo electrónico</i>
Can we text you? ¿Podemos enviar texto? <input type="checkbox"/> YES -Si <input type="checkbox"/> NO	Other phone number/type (home/work): <i>Otro número/tipo de teléfono (hogar/trabajo)</i>

Guardian address if different from above:
Domicilio de tutor (si es diferente de lo anterior)

Language(s) Idioma(s): English Ingles Limited English Ingles Limitado Spanish Español Other Otro _____

Type of sessions preferred Tipo de sesiones preferidas: In-person En persona Virtual Virtual No preference Sin preferencia

Service Requested (Check all that apply) Servicios solicitados - Marque todos los que aplican

<input type="checkbox"/> Mental health/counseling services <i>Servicios de consejería</i> <input type="checkbox"/> Individual Individual <input type="checkbox"/> Couples Parejas <input type="checkbox"/> Family Familia <input type="checkbox"/> Group Do you have insurance? ¿Tienen seguro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Other Otra	<input type="checkbox"/> Medical care resources <i>Recursos de atención médica</i> <input type="checkbox"/> Financial assistance <i>Asistencia financiera</i> <input type="checkbox"/> Housing assistance <i>Asistencia para la vivienda</i> <input type="checkbox"/> Homelessness <i>Vivienda</i> <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Domestic Violence Intervention <i>Intervención contra la violencia doméstica</i> <input type="checkbox"/> Family Conflict Intervention <i>Intervención en conflictos familiares</i>	<input type="checkbox"/> Employment <i>Empleo</i> <input type="checkbox"/> Mentoring <i>Tutoría</i> <input type="checkbox"/> Grief support <i>Apoyo para el duelo</i> <input type="checkbox"/> Parent Education <i>Educación para padres</i> <input type="checkbox"/> Teen Pregnancy Resources <i>Recursos para el embarazo adolescente</i> <input type="checkbox"/> Other: Otra
---	---	---

Reason for requesting services: Motivo de la solicitud de servicios

Referred by Referido por:	Agency/Dept. Agencia/Departamento:	Phone or email Teléfono o correo electrónico:
----------------------------------	---	--

I am interested in having counseling and/or case management services. I give permission for this information to be shared with Kids Above All Counseling Solutions. I understand that this information will be shared only to enable me to have contact with the Counseling Solutions program and that all information will be kept confidential by the agency.

Estoy interesado en tener servicios de consejería y/o administración de casos. Doy permiso para que esta información se comparta con Kids Above All Counseling Solutions. Entiendo que esta información se compartirá solo para permitirme tener contacto con el programa Counseling Solutions y que toda la información será mantenida confidencial por la agencia.

Client/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
Firma del cliente **Verbal Consent / Consentimiento Verbal** *Fecha*

FOR OFFICE USE ONLY – Received by: _____ **Date:** _____
Follow up with client date: _____ **Referred to:** _____ **Date:** _____