

720 East Lake Street  
Minneapolis, MN 55407  
(612) 746-3500  
Fax: (612) 871-1058



COMUNIDADES LATINAS  
UNIDAS EN SERVICIO

797 East 7th Streets  
St. Paul, MN 55106  
(651) 379-4200  
Fax: (651) 292-0347

## Family Services Department Referral Form

Date: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**Client's Name:**

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

**Preferred language: Spanish English Other:**

Idioma de preferencia: Español Inglés Otro: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Gender: F M Other  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Genero: M H Otro

Ethnicity: Latino  Caucasian  African American  Native American  Asian American  Other   
Etnicidad: Latino  Caucásico  Afroamericano  Americano-Nativo  Americano-asiático  Otro

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

County: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_ Telephone number: Home / Cell  
Condado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono en casa: \_\_\_\_\_

- Type of Referral:** In-Home parenting for children age 0-4(PAT program)   
Ramsey Adult Mental Health Case management (Creando Puentes)   
Domestic Violence Advocacy/Support Groups   
Sexual Assault Advocacy/Support Groups   
Parent Support Outreach Program (PSOP-Case Management)

**Referral Information / Información de Referido**

Referral Source: \_\_\_\_\_ Agency/Position: \_\_\_\_\_  
Origen de la Referido: \_\_\_\_\_ Agencia/Posición: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Reason for referral:**

¿Cuál es la razón para la referencia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Child's name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Need Immediate Attention:** \_\_\_\_\_ **Check with Referring staff Person Prior to Contact Client:** \_\_\_\_\_  
Necesita atención inmediata: \_\_\_\_\_ Cheque con la Persona que refirió el caso antes de contactar al cliente: \_\_\_\_\_

**Referring Agency/Staff:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_  
Persona o Agencia refiriendo el caso: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Action taken by Staff:** \_\_\_\_\_

**Please attach a signed release of information Fax to 612-871-1058 or Email to [Aperez@clues.org](mailto:Aperez@clues.org) Attn: Ana Perez or Cira Sanchez**