



HELP ME GROW SOLANO CONNECTION FORM

REFERRING PARTY INFORMATION

Full Name:	Phone Number:
Agency/Program:	Email:

CLIENT INFORMATION

Parent/Caregiver Name:	Phone Number:
DOB:	Email:
Address:	City/Zip Code:
Preferred Language:	☐ Experiencing homelessness
Child Name:	Gender:
DOB:	Ethnicity:
Child Name:	Gender:
DOB:	Ethnicity:

REQUESTED SERVICES

☐ Basic Needs & General Information	☐ Counseling/Mental Health
☐ Help Paying/Searching for Child Care/Preschool	☐ Family Health & Well-being
☐ Behavioral & Developmental Services	☐ Parenting Support
☐ Family Advocacy & Support Groups	☐ Other
☐ Requesting HMG to do a Developmental Screening	☐ Requesting HMG to do a Social/Emotional Screening
Additional Information:	
Health Insurance: ☐ Yes ☐ No Health Insurance Type:	

Please check if you agreed to be referred to Help Me Grow Solano, or if the parent/caregiver has given verbal consent

☐

I give consent to be connected to Help Me Grow Solano

☐

Client is unavailable to sign but has verbally consented to be connected to Help Me Grow Solano

Signature:



FORMULARIO DE CONEXIÓN DE HELP ME GROW SOLANO

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REFIERE

Nombre completo:	Número de teléfono:
Agencia/Programa:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del padre/madre o cuidador(a):	Número de teléfono:
Fecha de nacimiento:	Correo electrónico:
Dirección:	Ciudad/Código postal:
Idioma preferido:	☐ ¿Experimenta falta de vivienda?:
Nombre del niño/niña:	Género:
Fecha de nacimiento:	Etnicidad:
Nombre del niño/niña:	Género:
Fecha de nacimiento:	Etnicidad:

SERVICIOS SOLICITADOS

☐ Necesidades básicas e información general	☐ Consejería / Salud mental
☐ Ayuda para pagar o buscar cuidado infantil / preescolar	☐ Salud y bienestar familiar
☐ Servicios de comportamiento y desarrollo	☐ Apoyo para la crianza
☐ Defensa familiar y grupos de apoyo	☐ Otro
☐ Solicito que Help Me Grow realice una evaluación del desarrollo	☐ Solicito que Help Me Grow realice una evaluación social/emocional
Información adicional	
Seguro médico ☐ Si ☐ No	
Tipo de seguro médico	

Por favor, indique si acepta ser referido a Help Me Grow Solano, o si el padre/madre/cuidador ha dado su consentimiento verbal:

- ☐ Doy mi consentimiento para ser conectado(a) con Help Me Grow Solano
- ☐ El/la cliente no está disponible para firmar, pero ha dado su consentimiento verbal para ser conectado(a) con Help Me Grow Solano

Firma: