



推荐案例历史表 2024-2025 (諮詢/諮商僅以英語提供)

推荐人: _____ 机构: _____ 电话: _____

评论/推荐原因: _____

客户姓名: _____ 年龄: _____ 生日: _____

家庭地址: _____ 城市: _____ 家庭电话: _____

族裔: _____ 学校: _____ 年级: _____ 学生邮箱: _____

父亲: _____ 联系电话: _____ 电子邮件: _____

母亲: _____ 联系电话: _____ 电子邮件: _____

客户與...住在一起: ☐ 亲生父母 ☐ 只有母亲 ☐ 只有父亲
☐ 继父母 ☐ 养父母 ☐ 其他: _____

兄弟姐妹数: _____ 年龄: _____

目前正在接受 Medi-Cal: ☐ 是 ☐ 否 目前接受特殊教育服务: ☐ 是 ☐ 否

我同意接收电子邮件: ☐ 是 ☐ 否 我同意在上面列出的地址接收信件: ☐ 是 ☐ 否

**如果您在上面有关 Medi-Cal 的方框中选择了“是”，您的孩子可能有资格参加奇诺谷联合学区的早期和定期筛查、诊断和治疗咨询计划。该计划提供有执照的治疗师在您孩子的学校治療。通过在下面签名，您允许他们联系您以获取 CVUSD EPSDT 计划中可能的服务。*

其他或附加信息: _____

以前有咨询/諮商過: ☐ 是 ☐ 否 曾在 Chino Human Services: ☐ 是 ☐ 否 其他: _____

我允许我的未成年子女/被监护人参加咨询/諮商。我明白我可以通过向奇诺市公共服务办公室发出书面通知来撤回我的许可。如果为我孩子/被監護人的辅导员无法继续辅导，我同意将信息转移给我孩子/被監護人的新辅导员。我同意父母/监护人，包括非监护的父母/监护人，有权访问与我们孩子/被监护人有关的所有记录和信息（例如：医疗、咨询和学校记录）。如果法院命令或法律判决禁止访问任何信息，我有责任以书面形式通知奇诺市公共服务部。

我承认并証實参与咨询/諮商是自愿的；我在法律上有能力理解并接受与咨询/諮商计划相关的任何风险；我同意，我不会就咨询/諮商产生的任何问题对市政府提起法律诉讼。我愿意签署这份完全免除对奇诺市的任何和所有责任的声明。

父母或监护人 (大写)

签名

日期

客户须知

Chino Human Services 接收并回应有关在 Chino Human Services 提供服务的任何无执照或未注册輔導員的投诉。要提出投诉，请致电 909-334-3259 联系项目临床专家 June Sano。咨询服务仅以英语提供。