



## REFERRAL

### MAIN OFFICE

3100 Mill Street, Suite #117  
Reno, NV 89502  
Phone: 775-823-9500  
Fax: 775-323-2205

### SATELLITE OFFICE

6830 W. Oquendo Rd., #100  
Las Vegas, NV 89118  
Phone: 702-740-4200  
Fax: 702-385-4586

**Toll Free: 1-866-326-8437**

Family TIES of Nevada is a statewide nonprofit organization that provides training, information, emotional support, and advocacy to people who have disabilities of all ages, their family members and professionals who serve them. Our referral staff members are parents who understand first-hand how to navigate the complex systems of care for people with disabilities.

Family TIES of Nevada es una organización estatal sin fines de lucro que proporciona formación, información, apoyo emocional, y la promoción a las personas que tienen discapacidades de todas las edades, los miembros de sus familias y profesionales que les sirven. Nuestra referencia son los funcionarios los padres que entienden de primera mano cómo navegar los sistemas complejos de atención para las personas con discapacidad.

### PERSONAL INFORMATION (INFORMACIÓN PERSONAL)

Name (Nombre): \_\_\_\_\_

Address (Dirección): \_\_\_\_\_

Home Telephone (Teléfono de Casa): \_\_\_\_\_

Work Telephone (Trabajo): \_\_\_\_\_

Best time to contact you (major hora para que le llamemos): \_\_\_\_\_

### INFORMATION OF CHILD/ADULT WITH SPECIAL NEEDS (INFORMACION DEL NIÑO/ADULTO CON NECESIDADES ESPECIALES)

Relationship to the child or adult (Parentezco con el niño/adulto): \_\_\_\_\_

Child/Adult Name (Nombre del niño/adulto): \_\_\_\_\_

Date of Birth (Fecha de nacimiento): \_\_\_\_\_

Diagnosis of the child or adult (Diagnostico del niño/adulto): \_\_\_\_\_

Medical Insurance (Seguro medico): \_\_\_\_\_

### PERMISSION TO SHARE INFORMATION (CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN)

I (yo), \_\_\_\_\_, give my permission for my health care provider(doy consentimiento a mi proveedor de servicios medicos) \_\_\_\_\_ (print provider's name (nombre del proveedor de servicios medicos), to share any and all pertinent information regarding my child (para compartir cualquier informacion relacionada con mi niño), \_\_\_\_\_ (print child's name).

Parent/Legal Guardian Signature \_\_\_\_\_

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

**FAX completed form to 775-323-2205**