

Children, Youth & Families Department

STATE OF NEW MEXICO

Family Outreach Referral

Please provide as much detail as possible and include a copy of the Family Engagement Questionnaire. If an area does not apply to a family, put N/A. Any missing information may prevent the agency from contacting the family within the required timeframe.

1. Referring Partner Information:

Date: _____ Employee Name/Title: _____

Phone Number: _____ Email Address: _____

2. Family Information

Primary Caregiver Name: _____ DOB: _____

Personal Phone #: _____ Email Address: _____

Relationship to Child(ren) _____

Address/Directions:

Secondary Caregiver Name: _____ DOB: _____

Personal Phone #: _____ Relationship to Child(ren) _____

FACTS # (If known) _____ Family's Primary Language: _____

Is the family aware that this referral was made? ☐ YES ☐ NO

Please list all household members whom the program will work with, including all children:

First Name	Last Name	Date of Birth	Relationship
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

STATE OF NEW MEXICO

3. Reason for referral (Summary of family's situation):

--

[illegible]

CYFD Employee Signature

Date

Date referral received: _____ Date of Initial Family Meeting: _____

☐ Family enrolled in services☐ Family refused services

Reason for refusal:

--

☐ Unable to connect with family

List time, date, and method of attempted contacts:

1.	
2.	
3.	

☐ Services offered to the family:

1.	
2.	
3.	
4.	

Community Based Agency Employee Signature

Date _____



**Children, Youth &
Families Department**

STATE OF NEW MEXICO

Remisión a Family Outreach

Dé la mayor cantidad de información posible e incluya una copia del Cuestionario de participación familiar. Si un área no se aplica a una familia, ponga N/A. La falta de alguna información puede evitar que la agencia se comuniquen con la familia dentro del plazo requerido.

1. Información del socio que remite:

Fecha: _____ Nombre/Título del empleado: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

2. Información familiar

Nombre del cuidador primario: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono personal: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Relación con los menores _____

Dirección:

Nombre del cuidador secundario: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono personal: _____ Relación con los menores _____

N.º de FACTS (si se conoce) _____ Idioma principal de la familia: _____

¿La familia sabe que se hizo esta remisión? ☐ SÍ ☐ NO

Indique todos los miembros del grupo familiar con los que trabajará el programa, incluyendo todos los menores:

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Relación
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			



Children, Youth & Families Department

STATE OF NEW MEXICO

Remisión a Family Outreach

3. Motivo de remisión (resumen de situación familiar):

--

4. Historial de CYFD (JJS y PS si corresponde)

--

Certifico que se analizó la remisión con mi familia y que la información de este formulario se completó a mi leal saber y entender.

Firma del empleado de CYFD

Fecha

Solo para la agencia basada en la comunidad. (Complete esta sección y devuelva a la fuente de remisión dentro de 30 días de la recepción de la remisión)

Fecha de recepción de la remisión: _____ Fecha de la reunión inicial con la familia: _____

☐ Familia inscrita en los servicios.

☐ Familia rechazó los servicios.

Motivo del rechazo:

--

☐ No se pudo comunicar con la familia.

Indique hora, fecha y método de los intentos de contacto:

1.	
2.	
3.	

☐ Servicios ofrecidos a la familia:

1.	
2.	
3.	
4.	

Firma del empleado de la agencia basada en la comunidad

Fecha