



REFERRAL FORM

DATE OF REFERRAL:
 ___ / ___ / ___
 M D Y

Please return to: The Buddy Program, Inc.
 110 East Hallam Street, Suite 125, Aspen, CO 81611 or 520 S. 3rd Street, Suite 30, Carbondale, CO 81623 Fax: 970-927-0193.
Or email it to: ainhoa@buddyprogram.org. This form can also be found at www.buddyprogram.org

Before filling out this form, please make sure to talk to the family of the child being referred about your intentions of referring their child to the Buddy Program. Please, be as thorough as possible. This is a confidential form.

Please check the appropriate program:

- Community-** Screened and trained adult volunteers mentor youth ages 6-18 who are in need of extra support and guidance. Buddy Pairs meet 3-4 times/month for one-on-one time and take part in a variety of activities in the community.
- School-based-** Screened and trained adult volunteers mentor students in the school setting during the school day, for one hour/week throughout the school year.
- Peer-to-peer-** High school students are matched with elementary and middle school students. These Buddy Pairs meet once a week throughout the school year.
- LEAD-**(Leadership through Exploration, Action, and Discovery): Group experiential mentoring for teens in grades 6-12. Focuses on developing life skills via camps in the summer and Outdoor Leadership programs/activities during the school year.

CHILD'S NAME: <i>(first, last)</i>	GENDER: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Non-binary <input type="checkbox"/> _____ (fill in the blank)	DATE OF BIRTH: <i>(M/D/Y)</i>	AGE:
---	--	---	-------------

PHYSICAL ADDRESS:	MAILING ADDRESS:	PRIMARY PHONE NUMBERS:
--------------------------	-------------------------	-------------------------------

NAME OF PRIMARY PARENT:	PARENT'S AND/OR CHILD'S EMAIL ADDRESS:	LANGUAGE PREFERRED BY PARENT: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish
--------------------------------	---	---

DOES THE PARENT SPEAK ENGLISH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	DOES THE CHILD SPEAK ENGLISH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

SCHOOL CHILD ATTENDS:	GRADE:	TEACHER:	COUNSELOR:
------------------------------	---------------	-----------------	-------------------

Please describe child's personality (include strengths & challenges):

REFERRING PERSON AND/OR AGENCY

NAME OF REFERRING PERSON AND/OR AGENCY:	PHONE:	EMAIL:
--	---------------	---------------

RISK FACTORS *(check all that apply for this child and his/her family)*

<input type="checkbox"/> Child's and Family's Desire	<input type="checkbox"/> New Student	<input type="checkbox"/> Only Child
<input type="checkbox"/> Needs Companionship	<input type="checkbox"/> Behavioral Issues	<input type="checkbox"/> ADHD
<input type="checkbox"/> ADD	<input type="checkbox"/> Attendance in school	<input type="checkbox"/> Single parent
<input type="checkbox"/> Mental Health Needs (please specify):		<input type="checkbox"/> Developmental Disability (please specify):

In case of Family Crisis, please specify below:

<input type="checkbox"/> Divorce	<input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Use <i>(by child)</i>	<input type="checkbox"/> At-risk of Out-of-Home Placement/ Adopted
<input type="checkbox"/> Death of a parent	<input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Use <i>(by parent)</i>	<input type="checkbox"/> Parent in Prison/ Trouble with Law

In case of Abuse or Neglect, please specify below:

<input type="checkbox"/> Physical abuse	<input type="checkbox"/> Domestic Violence in the home
<input type="checkbox"/> Emotional abuse	<input type="checkbox"/> Neglect
<input type="checkbox"/> Sexual abuse	<input type="checkbox"/> Lack of Supervision

Other (please explain):

Please describe successful strategies used with this child:



FORMA DE REFERENCIA

FECHA DE REFERENCIA:

____/____/____
M D A

Por favor enviar a: The Buddy Program, Inc.

110 East Hallam Street, Suite 125, Aspen, CO 81611 ó 520 S. 3rd Street, Suite 30, Carbondale, CO 81623

Fax: 970-927-0193 o enviar por correo electrónico a: ainhoa@buddyprogram.org. Esta forma se puede encontrar en: www.buddyprogram.org

Antes de rellenar esta forma, por favor asegúrese de que habló a la familia de su intención de referir al niño/a al Buddy Program.

Por favor elabore lo máximo posible. Esta es una forma confidencial.

POR FAVOR MARCAR EL PROGRAMA APROPIADO:

- Programa en la Comunidad: Voluntarios adultos (evaluados y entrenados) son emparejados con jóvenes de 6 a 18 años que necesitan un apoyo adicional. Participan en distintas actividades 3 a 4 veces al mes en la comunidad.
- Programa Escolar: Voluntarios adultos (evaluados y entrenados) son emparejados con jóvenes en las escuelas. Participan en distintas actividades en la escuela una vez por semana durante el año escolar.
- Peer to Peer: Estudiantes de la escuela Secundaria son emparejados con niños de la escuela Elementaria o Media. Participan en distintas actividades en la escuela una vez por semana durante el año escolar.
- LEAD (Liderazgo a través de Exploración, Acción y Descubrimiento) – Programa de Mentoría en grupo para jóvenes entre los grados 6 y 12. Se centra en el desarrollo de habilidades básicas a través de campamentos en el verano, además de clases de liderazgo en las escuelas y actividades al aire libre durante el año escolar.

NOMBRE DEL NIÑO/A: (nombre, apellido)		GENERO: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> _____ (rellena el hueco)	FECHA DE NACIMIENTO: (M/D/A)	EDAD:
DIRECCIÓN FÍSICA:	DIRECCIÓN DE CORREO:		NÚMEROS DE TELÉFONOS PRINCIPALES:	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE:	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE Y/O DEL HIJO/A		LENGUA QUE PREFERE EL PADRE/MADRE PARA COMUNICARSE: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español	
EL PADRE/ MADRE HABLA INGLES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	EL NIÑO/A HABLA INGLES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
ESCUELA DEL NIÑO/A REFERIDO	GRADO:	MAESTRA/O:	CONSEJERO/A:	

Por favor describa brevemente la personalidad del niño/a:

PERSONA/AGENCIA QUE REFIERE

NOMBRE DE LA PERSONA O AGENCIA QUE REFIERE:	NÚMERO DE TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:
---	---------------------	---------------------

RAZONES PARA REFERIR AL NIÑO (Por favor marcar todos los que sean aplicables al niño y su familia)

<input type="checkbox"/> Interés del niño/a y la familia	<input type="checkbox"/> Nuevo estudiante	<input type="checkbox"/> Hijo único
<input type="checkbox"/> Necesita compañía	<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> ADHD
<input type="checkbox"/> ADD	<input type="checkbox"/> Problemas de asistencia a la escuela	<input type="checkbox"/> Madre/padre soltero
<input type="checkbox"/> Problemas Mentales (por favor elaborar)	<input type="checkbox"/> Discapacidad (por favor elaborar):	

En caso de crisis familiar, por favor especifique aquí abajo:

<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Abuso de Drogas/Alcohol por parte del Niño	<input type="checkbox"/> En riesgo de colocación fuera del hogar/ Adopción
<input type="checkbox"/> Fallecimiento de un familiar	<input type="checkbox"/> Abuso de Drogas/Alcohol por parte del Padre	<input type="checkbox"/> Familiar encarcelado/ en problemas con la ley

En caso de Abuso o negligencia, por favor elaborar:

<input type="checkbox"/> Abuso físico	<input type="checkbox"/> Violencia Domestica en el hogar
<input type="checkbox"/> Abuso emocional	<input type="checkbox"/> Negligencia/ abandono
<input type="checkbox"/> abuso sexual	<input type="checkbox"/> Falta de supervisión

Otro (por favor elaborar):

Por favor describa estrategias utilizadas con este niño/a que le hayan funcionado con éxito: