

# HEAD START of LANE COUNTY

221 B Street • Springfield OR 97477-4522

541-747-2425 • FAX: 541-747-6648 • <https://www.hsolc.org>

"Ensuring that our youngest children have a solid foundation for life."

"Asegurando que nuestros niños más pequeños tengan una base sólida para la vida"

## PERMISSION FOR ADDITIONAL SERVICES PERMISO PARA SERVICIOS ADICIONALES

Child's Name / Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Date / Fecha \_\_\_\_\_

WebCAF ID \_\_\_\_\_

Parent/Guardian / Nombre del padre/madre o tutor legal \_\_\_\_\_

Classroom / Salón \_\_\_\_\_

AM  PM

Contact phone for Parent/Guardian / Número de teléfono del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_

Does child have OHP / ¿Tiene OHP el niño?

Yes / Sí

No

If no, does Head Start pay / Si no, ¿Head Start va a pagar?

Yes / Sí

No

**Note:** If child qualifies for OHP then HSOLC cannot pay for services. / **Nota:** Si el niño es elegible para OHP entonces HSOLC no puede pagar por los servicios.

Current Insurance Information /

Información sobre el seguro médico actual:

Name of Company / Nombre de la aseguradora \_\_\_\_\_

ID Number / Número de indentificación \_\_\_\_\_

### Services Requested / Servicios Solicitados:

Mental Health Services (make sure there is a Permission to Exchange Information with the appropriate agency) / Servicios de Salud Mental (asegúrese que haya permiso para el intercambio de información con la agencia apropiada)

Child or Family Counseling Referral / Remisión para consejería para el niño o la familia

Mental Health Consultation / Consulta de Salud Mental

EI or ECSE Referral / Remisión a EI o ECSE

Communication / Comunicación

Adaptive / De adaptación

Cognitive / Cognitiva

Physical / Física

Social/Emotional / Social/Emocional

Information about Referral (explaining areas of concern to be evaluated) / Información acerca de la remisión (explicar las áreas de preocupación a ser evaluadas):

Signature of Parent/Guardian / Firma del padre/madre o tutor \_\_\_\_\_

Date / Fecha \_\_\_\_\_

Signature of Education Coordinator / Firma del Coordinador Educativo \_\_\_\_\_

Date / Fecha \_\_\_\_\_

Telephone Number / Número de teléfono \_\_\_\_\_ e-mail / correo electrónico \_\_\_\_\_

@hsolc.org

Teacher's Name / Nombre del maestro \_\_\_\_\_

Date / Fecha \_\_\_\_\_

Telephone Number / Número de teléfono \_\_\_\_\_ e-mail / correo electrónico \_\_\_\_\_

@hsolc.org

WHITE : ECE Coordinator  
YELLOW : Site File, Section 3  
PINK : Parent's Copy

(R:7/18- C:9/96) NCR 3  
Education; 50 per Region