

OFFICE USE ONLY



Date of Inquiry \_\_\_\_\_  In Person  Zoom  Phone Call  
Spoke w/  Mother  Father  Guardian  School Counselor

Email Forms date \_\_\_\_\_  Email Award  Email counselor  
 Counselor List  School District  CH  GIL  QC  Higley  
 PHX  Mesa  Tempe  Other \_\_\_\_\_

School Name \_\_\_\_\_  E  Jr  HS  
Grade \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_  
 Grant NMK \$ \_\_\_\_\_  Zip Code \_\_\_\_\_  LBF Funds \$ \_\_\_\_\_  
 Youth Counseling  Parent/Child Support  NMK

### Laloboy Foundation Intake Form

Traductora necesaria \_\_\_\_\_

**Nombre de Madre:** \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Celular #: \_\_\_\_\_ Correo electrónico : \_\_\_\_\_

**Nombre de Padre:** \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Celular #: \_\_\_\_\_ Correo electrónico : \_\_\_\_\_

**Cuantos hijos tienes?** B/G \_\_\_\_\_ B/G \_\_\_\_\_ B/G \_\_\_\_\_ B/G \_\_\_\_\_ Vive contigo a tiempo parcial o completo? \_\_\_\_\_  
 Soltera  Divorciado  Casado  Otra miembro de la familia vive con usted? \_\_\_\_\_  
 Apartamento  Casa  Niño con necesidades especiales  Enfermedad crónica  Otra cosa: \_\_\_\_\_

Distrito escolar \_\_\_\_\_  Código postal \_\_\_\_\_  Nombre del consejero escolar \_\_\_\_\_

**Hijo que necesita servicios:** \_\_\_\_\_ **Que grado:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la escuela** \_\_\_\_\_

**Hijo que necesita servicios:** \_\_\_\_\_ **Que grado:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la escuela** \_\_\_\_\_

#### RECURSOS FINANCIEROS

Cupones de alimentos  ACCHS Seguro.  WIC  Vivienda de HUD  Carta de almuerzo gratis de la escuela

#### INFORMACION DE SEGURO

AHCCCS  No hay seguro

Nombre de seguro: \_\_\_\_\_ Nombre de asegurada: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

#### INFORMACION DEMOGRAFICA

Blanco  Negro  India Americana  Asiática  Nativo hawaiano  Hispano/Latino  Otra \_\_\_\_\_

#### Cuales son algunas preocupaciones sobre el bienestar mental de sus hijos?

Depresión  Ansiedad  Enfermedad crónica  Autismo  Ciega  Discapacidad auditiva  Aislamiento  Adicción a las drogas  
 Fecha del intento de suicidio Fecha: \_\_\_\_\_  Abuso sexual  Problema de seguridad  Suspensión de la escuela  Problemas de ciberacoso  Si  No  Otros diagnósticos médicos \_\_\_\_\_ (No necesito registros médicos)

Sus hijos han estado en consejería antes?  Si  No

Si es así, cual es el nombre de la practica y el nombre del consejero? \_\_\_\_\_

Ambos padres están a favor de la consejería?  Yes  No Tienes la autoridad para tomar decisiones medicas para su hijo? Yes  No

Esta completamente preparado para brindar a su(s) hijo(s) el apoyo que necesitan y sigue las instrucciones de la consejero?  Yes  No

#### Como se entero de la fundación de Laloboy?

Pagina Web  Iglesia  Amigo  Consejera  notMykid  Google  Otra evento: \_\_\_\_\_

**Otros recursos para las familias:** Asistencia financiera Grupos de apoyo para jóvenes  
Talleres para Jóvenes/Padres Clase de seguridad en internet Otros recursos necesarios para su familia



Documentos Necesaria para calificar  
**NO ORIGINALES SOLAMENTE COPIAS.**  
**(UN DOCUMENTO ES NECESSARIA)**

**BENEFICIOS DE INGRESOS**

- Carta de Almuerzo gratis    Nombre de su hijo(s) \_\_\_\_\_     Cupones de alimentos     WIC
- Talones de pago (3 meses) Cada persona     Desempleó desde \_\_\_\_\_
- Vivienda de HUD (una carta de apoyo)

**SEGURO MEDICO**

- Copia de tarjeta medica     Sin beneficios de seguro
- Beneficios de consejería     Copago \$ \_\_\_\_\_
- Cuantas sesiones a través de su beneficio de seguro? \_\_\_\_\_
- ACCHS Seguro. ID \_\_\_\_\_
- Nombre de su hijo(s) que tiene beneficios con seguro? \_\_\_\_\_

Por favor envíe sus documentos a [laloboyfoundation@gmail.com](mailto:laloboyfoundation@gmail.com). We look forward to assisting your family.

Thank you,

*Paolla Jordan*

Paolla Jordan, Founder/President



## Términos del Acuerdo de Laloboy Foundation

Este acuerdo describe las responsabilidades de cada padre /cliente beneficiario que ha recibido un certificado de consejería. La Fundación Laloboy "LBF" es un tercero que paga al proveedor de atención por los servicios prestados por usted. LBF depende de que el padre /cliente siga las reglas que se enumeran a continuación, ya que el personal es limitado. Por favor, revísela detenidamente.

1. En el momento del servicio (sesión de asesoramiento), usted será responsable de pagar el saldo del copago. No realizar el pago de su copago puede resultar en la suspensión de los servicios o la pérdida de la concesión del estipendio.
2. Su estipendio de consejería es válido por **90 días**. Si necesita una extensión, dependerá del padre / cliente solicitar una extensión por escrito.
3. Si se le otorga un premio adicional por estipendios de consejería, acepta enviar otra solicitud después de que su hijo haya completado su segunda sesión (premio anterior) para evitar la interrupción de los servicios.
4. Si su hijo necesita servicios adicionales después de las 3 sesiones iniciales, usted acepta llamar a la oficina o enviar un correo electrónico para solicitar un estipendio adicional.
5. Cada familia es consciente de que los fondos disponibles a través de LBF se asignan por orden de llegada.
6. Cada padre / cliente será el único responsable de adherirse a la "política de no presentación" y pagar la multa al proveedor de atención como se establece en el acuerdo de servicios de su proveedor de asesoramiento.
7. LBF no pagará cargos por pagos atrasados, cargos por no presentarse o copagos fuera del premio de compromiso de la sesión de asesoramiento.
8. Cada padre / cliente será responsable de enviar una solicitud **completa** junto con la documentación de la lista de verificación.  
**Nota: Si la pregunta no se aplica, escriba N/A no aplica**
9. Si un cliente tiene una factura pendiente con su consejero, será su responsabilidad obtener su factura de LBF para que podamos pagar en su nombre hasta \$ 100 por sesión.
10. El cliente y la familia entienden que los servicios de asesoramiento tienen una gran demanda y harán todo lo que esté a su alcance para cumplir con la política de cancelación, pagar una tarifa de política por no presentarse y pagar su copago en el momento del servicio. De no hacerlo, se pondrá en peligro su concesión de estipendios con LBF.
11. Si un cliente necesita que alguien traduzca al español, el cliente dará su consentimiento por escrito a su consejero o LBF.

**HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE ACUERDO Y COMPARTIRÉ MI RESPONSABILIDAD PARA ASEGURARME DE QUE NO HAYAN INTERRUPCIONES EN LOS SERVICIOS DE ASESORAMIENTO.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de padre

\_\_\_\_\_  
(Firme)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Cliente/Paciente/Nombre de su hijo/hija

\_\_\_\_\_  
Numero de celular