

JOURNIES INC.

528 Bridge St. NW #3
Grand Rapids, MI 49504
Teléfono: 616-774-7002
Fax: 616-774-7007

Formulario de Referencia

Nombre _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento _____ Los cargos legales: _____ BAC _____

Inicio de la Libertad condicional: _____ Finalización: _____

Razón para referir:

- Evaluación del uso de sustancias \$100/\$120
- Grupo de primeros infractores \$100
- Grupo de fraude minorista (1 día \$100)
- Grupo de fraude minorista (8 sesiones o 4 individual día \$370)
- Grupo Crossroads (8 sesiones de educación AOD) \$370
- Consejería individual en español \$80/ por sección
- Grupo Ambulatorio Intensivo \$700
- Prevención de recaídas \$30/ por sección
- Prueba de drogas (prueba de varilla instantánea)

THC __ \$15 ETG __ \$15 ETG+THC __ \$20 **8 paneles** __ \$30 **8 paneles/ETG** __ \$35
12 paneles __ \$35 **12 paneles/ETG** __ \$35

Referido por: _____ Corte: _____ Día de la cita: _____

I _____ hereby authorize Journies Inc., its director or designee, to release information to (person and/or referring agency) and to receive information from, _____. The extent and nature of the information will concern my attendance and progression in the program and of needed, recommendations outside of our facility. The purpose of this disclosure is to assist the referring agency in reaching a satisfactory disposition of my case. The authorization will remain in effect until the purpose for which it was given no longer exists. In the case of criminal justice referral, the authorization will expire when the program receives official written notice of a change in my legal status.

Cliente: _____ Fecha: _____

Agente de referencia: _____ Fecha: _____