

Rejoignez-nous!

Programme Pour Renforcer la vie Familiale

Séminaire Gratuite et Gestion de Cas Sociaux!

Travailler avec votre famille, amis et membres de la communauté pour plus de bonheur et une meilleure réussite en apprenant de nouvelles techniques pour :

- ♦ Améliorer les relations en discutant ensemble
- ♦ Réduire le stress et les conflits familiaux
- ♦ Parlez à propos de l'argent avec la famille

**CARTE
CADEAU!**

Transport!



GARDERIE!

**CASSE-
CROUTE!**

POUR PLUS D'INFORMATIONS OU POUR S'INSCRIRE, VEUILLEZ CONTACTER:

Katharine Cristaudo

Coordinatrice du Programme pour Renforcer la Vie familiale à Nationalities Service Center

Le financement de ce projet a été fourni par le Département de Santé et Le Service Humain et Administration Humanitaire des Etats Unis pour les enfants et les Familles, Subvention: # 90FM0092-01-00. Ces services sont offertes à toutes les personnes admissibles, indépendam-

 **U.S. COMMITTEE
FOR REFUGEES AND IMMIGRANTS**


**Nationalities
SERVICE CENTER**

Family Strengthening Program

Referral Form

Participant Information

Name (last, first): _____ DOB (mm/dd/yyyy): _____ Age: _____

Nationality: _____ Ethnicity: _____

Primary Language: _____ Other Language(s): _____

Will participant be comfortable with a workshop facilitated in English? YES NO

Is participant comfortable having a conversation over the phone in English? YES NO

Address: _____ Phone: _____

Please list any family members who will be joining you (use additional paper as needed):

Name (last, first): _____ Relationship: _____ Age: _____

Name (last, first): _____ Relationship: _____ Age: _____

Name (last, first): _____ Relationship: _____ Age: _____

Name (last, first): _____ Relationship: _____ Age: _____

Referral Source Information

Name: _____ Agency: _____ Date: _____

Phone: _____ Email: _____

Reason for referral: _____

Has a RHS15 form been completed for this participant or any other member of their family? YES NO

Please indicate who and date completed: _____

Has this participant or any member of their family been screened for PPR? YES NO

If YES, please indicate who and if they were eligible and/or referred: _____

Would you like and update on status of enrollment? YES NO

Consentement pour la recommandation

Veuillez signer ci-dessous afin de donner le consentement de recommandation de la source pour envoyer ce formulaire dûment rempli à Nationalities Service Center comme recommandation au Programme de renforcement Familial. En signant, vous n'êtes pas inscrit à ce programme et un membre de notre personnel vous contactera pour prendre rendez-vous et discuter plus amplement sur ce sujet.

(signature)

(print)

(date)

PLEASE SEND COMPLETED FORMS TO:

**Family Strengthening Program Coordinator at Nationalities Service Center
1216 Arch St., Floor 4, Philadelphia, PA 19107 or KCristaudo@nscphila.org
For more information call (215) 893-8400 ext. 1552**

Funding for this project was provided by the United States Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Grant: # 90FM0092-01-00. These services are available to all eligible persons, regardless of race, gender, age, disability, or religion.

