

انظم الينا

برنامج تعزيز الاسرة

ورشات عمل و ادارة للقضايا مجانية!

- تعمل مع عائلتك، واصدقائك، واطباء المجتمع
لزيادة السعادة و النجاح عن طريق تعلم طرق على:
- ♦ تحسين العلاقات من خلال التحدث
 - ♦ تقليل الاجهاد و الصراع الاسري
 - ♦ التحدث عن الوضع المادي للاسرة

رعاية الطفل!

توكين



وجبات خفيفة

للمزيد من المعلومات او التسجيل الرجاء الاتصال على:

كاثرين كريستودو

منسقة برنامج تعزيز الاسرة في مركز خدمات NSC

KCristaudo@nscphila.org او (215)893-8400 ext.1552

تم تمويل هذا المشروع من قبل الولايات المتحدة وزارة الصحة والخدمات البشرية، إدارة الأطفال والأسر، منحة: # 90 01-00-FM0092 هذه الخدمات متاحة لجميع الأشخاص المؤهلين، بغض النظر عن العرق أو الجنس أو السن أو الإعاقة، أو الدين.

U.S. COMMITTEE
FOR REFUGEES AND IMMIGRANTS
USCRI

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: _____

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: _____

موافقة على الأحالة

الرجاء التوقيع أدناه لإعطاء موافقة مصدر الإحالة لإرسال هذه الاستمارة بعد اكتمالها إلى مركز خدمة NSC كأحالة إلى برنامج تعزيز الأسرة. عند التوقيع انت لا تسجل في هذا البرنامج وسوف يتصل بك عضوا من موظفينا بالاتصال لتحديد وقت للقاء والتحدث معك أكثر حوله.

(التاريخ)

(الاسم)

(التوقيع)

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.

