



Family Referral Form
support@thechristinasullivanfoundation.com
Fax to: (409) 220-3290

Assisting individuals with brain injury and their families

The Christina Grillo Sullivan Foundation Mission

The Christina Grillo Sullivan Foundation: “A Network of Guardians for Hope and Guidance” is a non-profit foundation dedicated to providing a network of resources to foster compassionate reassurance for the medically-dependent person with brain injury, their families, and support networks facing daily challenges while guiding them through the medical, educational, legal, and social networks. Brain injury can be devastating not only for the individual but for the family and caregivers as well.

Services for families of individuals with brain injury are offered at no charge and without qualifying eligibility requirements.

Professional Making Referral

Name: _____ Date: _____

Agency/Organization: _____

Phone: _____

Email: _____

Signature: _____

Family Information

By providing the following information and my signature, I am giving permission to The Christina Grillo Sullivan Foundation to initiate contact with me. Upon receiving the referral, I understand that The Christina Grillo Sullivan Foundation will be contacting me within 48 hours, or immediately for urgent matters. All information is treated as confidential and will not be released to outside organizations or individuals. This release is valid for 30 days from the date of my signature.

Name: _____

Phone: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Email: _____

Individual’s Name: _____ Date of Birth: _____

Individual’s Diagnosis/Special Needs: _____

Family Waiver/Release of Information

I hereby give permission for the release of my Family Information to The Christina Grillo Sullivan Foundation. I understand I can expect a phone call within a few days for referral.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____



“Una Red de Guardianes de Esperanza y Orientación”
Médico · Educativo · Legal · Social

Formulario de Referencia Familiar

info@thechristinasullivanfoundation.com

Enviar al número de fax: (409) 220-3290

Asistiendo a individuos con lesiones cerebrales y a sus familiares

La Misión de The Christina Grillo Sullivan Foundation

The Christina Grillo Sullivan Foundation: “Una Red de Guardianes de Esperanza y Orientación” es una fundación sin fines de lucro dedicada a proporcionar una red de recursos para fomentar tranquilidad compasiva para la persona requiriendo dependencia medica por causa de lesión cerebral, sus familias y redes de apoyo frente a desafíos diarios. La fundación los guía a través de redes médicas, educativas, legales y sociales. Lesiones cerebrales pueden ser devastadoras no sólo para el individuo/a sino para la familia y los cuidadores también.

Los programas y servicios disponibles para familias de niños con lesiones cerebrales, se ofrecen sin costo alguno y sin la calificación de requisitos de elegibilidad.

Información del profesional que refiere

Nombre: _____ Fecha: _____

Agencia/Organización: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Firma: _____

Información de la familia

Al proveer la siguiente información y mi firma, autorizo a The Christina Grillo Sullivan Foundation a iniciar contacto conmigo. Entiendo que al recibir esta remisión, The Christina Grillo Sullivan Foundation me contactará en un lapso de 48 horas o de inmediato en casos urgentes. Toda información se trata con confidencialidad y no será compartida con individuos u organizaciones externas. Esta autorización es válida por un período de 30 días a partir de la fecha en que la he firmado.

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del individuo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Diagnóstico del individuo /Necesidades Especiales: _____

Permiso de la familia para compartir información

Por medio de la presente autorizo a que se entregue mi información familiar a The Christina Grillo Sullivan Foundation. Entiendo que puedo esperar una llamada telefónica dentro de unos días después de ésta remisión.

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____