

La misión de BEGINNINGS es la de proveer: información, apoyo emocional e información técnica (1) a los padres de niños con pérdida auditiva total o parcial desde el nacimiento hasta los 21 años de edad (2) para padres que son sordos con hijos oyentes y (3) a los profesionales que proveen servicios a estas familias. BEGINNINGS cree que dando información correcta e imparcial relacionada con la pérdida auditiva, los padres podrán tomar mejores decisiones y podrán desarrollar la destreza de abogar por su hijo con relación a un puesto educacional en las escuelas, métodos de comunicación y servicios relacionados.

REFERIDO PARA BEGINNINGS

Nombre del Padre / Guardián: _____

Dirección: _____ Número telefónico (casa/celular): _____

_____ Número telefónico (trabajo): _____

Condado donde reside: _____ Correo electrónico: _____

Notification Source Information: _____ **Date:** _____

Name: _____ **Phone No.:** _____

Firm Name: _____ **Fax No.:** _____

Address: _____

E-Mail Address: _____

Please fill in any necessary information BEGINNINGS may need to serve this family.

Child's Name: _____ **(MALE/FEMALE)**

Age of Identification: _____ **D.O.B.:** _____

Degree of Hearing Loss: _____

Pertinent Information i.e. (language spoken): _____

Audiologist's Name: _____

Phone No.: _____ **Fax No.:** _____

EI Service Coordinator's Name: _____

Phone No.: _____ **Fax No.:** _____

Firma del Padre / Guardián: _____ **Fecha:** _____

Al firmar este referido para BEGINNINGS, yo, por la presente, solicito y autorizo el proporcionar y el volver a proporcionar cualquier informe audiológico a BEGINNINGS. Certifico que esta autorización es totalmente voluntaria sin ningún tipo de coerción. La fotocopia de esta autorización puede ser considerada válida como si fuera la original.