Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - Head Start, Trabajadores Migratorios y de Temporada

Remisión o Referencia Para Transición

Fecha: _____

Nombre y título: _____

Agencia y dirección: _____

Estimado(a) colega:

_____ inscrito _____

(Nombre de los padres) (Nombre del niño(a)

Fecha de Nac. _____ en nuestro Centro Head Start, durante esta temporada _____

El niño ha sido diagnosticado con _____ y ha estado recibiendo servicios especiales

Debido a que la continuidad de servicios es muy importante para este niño, los padres ya nos han autorizado a revelar la información confidencial que usted necesite (vea adjunto). Por favor siéntase en confianza de comuicarse con

_____ al _____

o puede llamar a, Oficina de Beneficarios (Grantee Office) al 217-524-6318.

Si podemos ayudarle en algo, por favor comuníquese con nosotros en los números indicados arriba. Gracias por su tiempo y cooperación.

Sinceramente,