

Nombre del niño: _____ MAID #: _____ Fecha de: _____

Marque con un número el proveedor o los proveedores de la red de quien usted desea recibir los servicios de salud mental proporcionados en familia (FBMHS, por sus siglas en inglés) si estos servicios son aprobados. En esta lista se encuentran todos los proveedores que están dentro de la red y que son aprobados por el condado en donde la asistencia médica de su niño está registrada.

Condado de Cumberland	Condado de Perry	Condado de Dauphin	Condado de Lancaster	Condado de Lebanon
Diakon Family Life Services 717-795-0330 717-503-1520	Diakon Family Life Services 717-795-0330 717-503-1520	Diakon Family Life Services 717-795-0330 717-503-1520	Diakon Family Life Services 717-795-0330 717-503-1520	Diakon Family Life Services 717-795-0330 717-503-1520
Franklin Family Services 717-243-6500	Franklin Family Services 717-243-6500	* Community Services Group 717-230-9622	Community Services Group 717- 293-5104 Acepta edades de 0 a 21	+ PA Counseling 717-274-9682
Merakey Stevens Center 717-258-1729	Merakey Stevens Center 717-258-1729	* Jewish Family Services 717-233-1681 Acepta edades de 3 a 18	PA Counseling 717-392-8485	WellSpan Philhaven 717-279-2774 Acepta edades de 0 a 21
Merakey Stevens Center 717-258-1729	Merakey Stevens Center 717-258-1729	Merakey Stevens Center 717-258-1729	TeamCare 717-391-0172 Acepta edades de 0 a 21	Youth Advocate Programs 717-228-0935
PA Counseling 717-249-3169	PA Counseling 717-249-3169	* PA Counseling 717-526-4881	WellSpan Philhaven 717-735-1954 Acepta edades de 0 a 21	
			Youth Advocate Programs 717-519-8723	

Marque esta casilla si usted está dispuesto a aceptar el primer proveedor de FBMHS disponible.

* Indica los proveedores que ofrecen servicios a los miembros de Upper Dauphin

+ Indica los proveedores que tienen personal que habla español (la disponibilidad puede ser limitada)

Necesidades especiales del miembro (por ejemplo, necesidades auditivas, visuales, inglés como segundo idioma): _____

Proveedor a quien se le envió la información del referido: _____

Teléfono actual del Miembro/familia #: _____ Tel. alternativo: _____ Mejor hora para llamarle: _____

Firma del Miembro/padre/tutor: _____ Fecha: _____