

LISTO Family Literacy Program REFERRAL

Name of person and agency referring family: _____

Telephone: _____ Email: _____ Date: _____

Location and Days:

Tues. & Thurs @ Medford Central High

815 S. Oakdale in Medford

Mon. & Wed. @ Phoenix Elementary School

215 N Rose St. in Phoenix

Hours: 5:30pm to 8:00pm

Have any of the following criteria been met? Circle.

Child aged 3, 4, 5

Migrant Education family

Early Head Start child

Head Start child

Disability in family

Parent and children attend together.

What needs will LISTO meet for this family?

Mother's Name: _____ **Number of years in school:** _____

Father's Name: _____ **Number of years in school:** _____

Address: _____

Street

City

Zip

Telephone #: _____ **Email:** _____

Children in family 15 years old and under:

Name:

Date of Birth:

Name of school/grade or Head Start center:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Mail or Fax to: LISTO Attn. Patty Gutierrez

Email: patty.gutierrez@socfc.org

Fax: 541-734-2279

P.O. Box 3697

Central Point, OR 97502

LISTO Family Literacy Program REFERENCIA

Nombre de la persona o agencia que esta refiriendo a esta familia: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____ Fecha: _____

Ubicación y días del programa:

Favor de circular el criterio que aplique a la familia.

martes y jueves

En Medford Central High, 815 S. Oakdale st.

Niño/a de 3, 4, 5 años

La familia es migrante.

lunes y miércoles

En Phoenix Elementary School

El niño/a esta en Head Start.

El niño/a esta en Early Head Start.

215 N Rose St en Phoenix

Hay una discapacidad en la familia.

Horario: 5:30pm – 8:30pm

Padres e hijos asistirán juntos al programa.

¿Que necesidades reunirá el programa de LISTO para esta familia?

Nombre de la Madre: _____ Años escritos en la escuela: _____

Nombre del Padre: _____ Años escritos en la escuela: _____

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Código postal

Teléfono #: _____ Correo electrónico: _____

Niños de 15 años y menores:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Nombre de escuela/Grado o centro de Head Start:

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

Dirección y fax a: Listo Attn: Patty Gutierrez Correo electrónico: patty.gutierrez@socfc.org

Fax: 541-734-2279

P.O. Box 3697

Central Point, OR 97502