



Aurora Youth Options
aurorayouthoptions.org

Aurora Youth Options Nomination Form

Person making nomination _____

Email _____ Relationship to youth _____

Reason for nomination _____

Please describe the youth's skills & strengths _____

Please indicate if the parent/guardian speaks another language; please specify which language: _____

Youth's Information: (City of Aurora Middle and High School-aged Students only)

Name _____ Email _____

Address _____ ZIP code _____

Home phone _____ Cell phone _____ Alt. phone _____

School _____ Grade _____ Date of birth _____

Youth's interests _____

As the parent/guardian I give my permission for _____ to participate in the Aurora Youth Options program. By giving my permission I agree to 1. Allow Aurora Youth Options to report demographics and risk assessment data relating to my child's participation to AuMHC for placement and research purposes, (all information will be reported anonymously and no individual will be identified). 2. Participate in the referral process and will recognize and accept responsibility for the referral 3. Offer support to make the experience a positive one. 4. Allow my student to complete the Youth Survey (this may occur at AYO's office, a community space, or during school hours). 5. I authorize Aurora Mental Health Center (AuMHC) to file any claims for payment of any portion of my bill if covered by a third party, and assign all rights and benefits payable for services to AuMHC. You will not be responsible for any kind of fee.

Parent/Guardian name _____ Email _____

Cell phone _____ Alt. phone _____

Signature _____ Date _____

This information will not impact the services we provide, but will allow us to better serve our community.

Number of people in your household _____ Estimated monthly household income _____

Do you receive free/reduced lunch? _____ YES _____ NO

Staff Use Only:

Staff contact _____

Date Family Contacted _____

Assessment completion date _____

Post assessment date _____



Aurora Youth Options
aurorayouthoptions.org

Aurora Youth Options Nomination Form

Persona que hace candidature _____

Email _____ Relación a los jóvenes _____

Razón por la nominación _____

Por favor de describir las habilidades del joven y sus fortalezas _____

Favor de indicar si los padres/guardian habla otro idioma; por favor especifique qué idioma: _____

Información de Juventud: (Ciudad de Aurora Media y estudiantes de secundaria de edad solamente)

Nombre _____ Email _____

Dirección de Casa _____ Código Postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de Celular _____ Otro _____

Escuela _____ Grado _____ Fecha de nacimiento _____

Juventud intereses _____

Como el padre / guardián yo doy mi permiso para _____ a participar en el programa Aurora de la Juventud Opciones. Al dar mi permiso Estoy de acuerdo en 1. Permitir Aurora Opciones de la Juventud para informar datos demográficos y de evaluación de riesgos relativos a la participación de mi hijo a AuMHC para la colocación y de investigación, (toda la información se comunicará de forma anónima y ninguna persona se identificarán). 2. Participar en el proceso de derivación y vayan a reconocer y aceptar la responsabilidad de la referencia 3. Ofrecer apoyo para que la experiencia sea positiva. 4) Permitir que mi estudiante complete la Encuesta para Jóvenes (esto puede ocurrir en la oficina de AYO, en un espacio comunitario o durante el horario escolar). 5.) Le doy autorización al Centro de Salud Mental de Aurora (AuMHC) a presentar cualquier reclamo por mis cuentas pendientes si es que será pagado por un tercer participante , y asigno todos los derechos y beneficios para que sean pagados por AuMHC. Yo no seré responsable de ninguna cuenta pendiente.

Nombre del Padre (s) _____ Email _____

Teléfono celular _____ Otro _____

Firma _____ Fecha _____

Esta información no afectará los servicios que prestamos, pero nos permitirá servir mejor a nuestra comunidad.

Numero de personas en su casa _____ Estimada de ingreso por mes _____

Me reciben almuerzo gratis o reducido? _____ SI _____ NO

Staff contact _____ Date Family Contacted _____

Assessment completion date _____ Post assessment date _____