



AUTHORIZATION / CONSENT FOR FATHER REFERRAL

I, _____ (printed name), hereby give consent and permission for representatives from the T.E.A.M. Dad program to contact me (or my son if he is a minor) to learn more about the program and determine eligibility.

I have read this Consent before signing and fully understand the contents, meaning and impact. I understand that I am free to address any specific questions and have done so prior to signing this Consent.

Father's Name: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

Email Address: _____

Signature of Father: _____ Date: _____

Required if Client is under age 18:

Name of Parent or Legal Custodian: _____

Signature of Parent/Legal Custodian: _____ Date: _____

Contact: Email to referrals@hscmd.org or Fax to 786-565-4013



AUTORIZACIÓN / CONSENTIMIENTO PARA REFERIDO DE PADRES

yo, _____ (escriba nombre y apellido), por la presente doy consentimiento y permiso a los representantes del programa T.E.A.M. Dad para contactarme (o a mi hijo si es menor de edad) para aprender más sobre este programa y determinar mi elegibilidad.

He leído este consentimiento antes de firmar y entiendo completamente el contenido, significado e impacto. Entiendo que tengo la Libertad de hacer cualquier pregunta sobre el programa y lo he hecho antes de firmar este consentimiento.

Nombre del padre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Dirección electrónica: _____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Requerido si el cliente es menor de 18 años:

Nombre del padre o persona con custodia legal: _____

Firma del padre o persona con custodia legal: _____ Fecha: _____

Contacto: Email a referrals@hscmd.org o Fax a 786-565-4013