



Programas de apoyo De Padres a Padres del estado de Washington Formulario de Referencia

Por favor escanee y envíe por correo electrónico a:

Si la familia habla Inglés: p2p@wwvdn.org

Geneva Arevalo, P2P Coordinadora – (509) 255-3727

Si la familia habla Español: p2pespanol@wwvdn.org

Ysabel Fuentes, P2P Coordinadora y Promotora Hispana – (509) 301-0679

Autorizo al Coordinador de Recursos Familiares de ESD-123, Proveedores o Terapeutas Primarios, Municipio de Walla Walla CYSHCN, Clínica Walla Walla, Grupo Médico Providence, Escuelas Públicas de Walla Walla, Escuelas Públicas de College Place, Centro Medico Familiar, o Akin para que comparta mi nombre, dirección, teléfono y correo electrónico a La Red de Discapacidades del Valle de Walla Walla para que así pueda recibir información sobre el programa de Padres a Padres incluidos los recursos y eventos que La Red de Discapacidades del Valle de Walla Walla proporciona a las familias con niños/adultos con necesidades especiales en mi comunidad.

Firma

Relacion con el niño

Fecha

Me gustaría recibir:

- Información General de La Red de Discapacidades del Valle de Walla Walla
- Información de Padres a Padres incluyendo sobre Padres Ayudantes, eventos y grupos de apoyo.

Información de contacto:

Nombre _____

Nombre del niño: _____

Fecha en que Nació: ___/___/_____ Género: F__M__

Dirección: _____ Ciudad: _____ : __WA__ Zip: _____

Correo Electronico: _____

Teléfono: _____ Trabajo: _____

¿Le gustaría que lo emparejaran con otra familia con un niño con las mismas necesidades ? No__ Si__

Walla Walla Valley Disability Network | PO Box 1918 | 1150 W Chestnut St | Walla Walla, WA 99362 |
wwwvdn.org | admin@wwwvdn.org

Mission Statement - To improve the quality of life for individuals with disabilities and their families through community inclusion and support throughout their lifespan.