

**Referral and Authorization for Child Welfare Services
(Derivación y autorización para los servicios de asistencia social)**

Contratista		
Dirección línea 1		
Dirección línea 2		
Ciudad	Estado	Código postal

<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Reautorización	<input type="checkbox"/> Terminación
--------------------------------	---	--------------------------------------

Refiriéndose DHS trabajadores	Teléfono	
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal

Nombre del niño de facturación de		Identificación del estado #	
Fecha de nacimiento	Condado con responsabilidad financiera	ID del caso	FACS ID

Código de servicio	Fecha de autorización	Fecha de vigencia	Fecha de elegibilidad final

Usted está autorizado para proporcionar los servicios mencionados anteriormente durante el período en la lista. La presente notificación reemplaza cualquier autorización previa de estos mismos servicios que a la fecha efectiva indicada.

DHS firma administrador de caso	Fecha
---------------------------------	-------

Firma del supervisor	Fecha
----------------------	-------