

Can we connect you to the following services?

- | | <u>Yes</u> | <u>No</u> |
|--|------------|-----------|
| • Would you like help in applying for <u>health coverage</u> for you or your child? | ? | ? |
| • Would you be interested in receiving information about <u>medical care</u> ? | ? | ? |
| • Do you need assistance finding <u>health resources</u> for you or your child? Would you like help filling out medical forms? | ? | ? |
| • Would you like help obtaining <u>REDUCED FEE dental care</u> for your student? | ? | ? |
| • Would you like help obtaining <u>FREE eye exams and glasses</u> for your student? | ? | ? |

If you answered yes to any of these questions, provide your contact information below, dial 211, or contact People's Health Clinic at (435) 333-1850

- | | | |
|--|---|---|
| • Do you have questions about your immigration status in the United States? Would you like to attend a free Immigration Workshop in Park City? | ? | ? |
|--|---|---|
- If yes, provide your contact information below or call Holy Cross Ministries at (801) 261-3496

Please provide your information so providers can contact you about the services you are interested in. Promise Partnerships consist of multiple organizations that provide services in our community. By providing your contact information below, you consent to your contact information being shared with Partners who provide the services offered within the Promise Partnership. This allows them to contact you via phone, email, text or mail to tell you about their services.

Parent First Name	Parent Last Name	Student First Name	Student Last Name
-------------------	------------------	--------------------	-------------------

Email Address	Primary phone
---------------	---------------

Mailing Address	City	State	ZIP Code
-----------------	------	-------	----------

What is the best way to contact you? (Circle one)	Phone	Email	Text	Mail
---	--------------	--------------	-------------	-------------

Where did you receive this form?
(I.e. Trailside Elementary, Treasure Mountain Junior High or The Christian Center of Park City...)



Para Español, véase al otro lado



¿Le interesan algunos de los siguientes SERVICIOS?

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ¿Le gustaría recibir ayuda para solicitar un <u>seguro médico</u> para Ud. y sus hijos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Quisiera recibir información sobre <u>atención médica</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Usted necesita asistencia para obtener <u>recursos médicos</u> para usted o sus hijos? ¿Le gustaría tener ayuda para llenar <u>formularios médicos</u> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le gustaría recibir ayuda para obtener <u>exámenes GRATIS de la vista y lentes</u> para sus hijos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le gustaría obtener ayuda para obtener <u>exámenes dentales de BAJO COSTO</u> para sus hijos?
<i>Si su respuesta es afirmativa, escriba su información abajo o llame al 211 (se habla español), o a People's Health Clinic al (435) 333-1850</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ¿Tiene usted pregunta referente a su situación migratoria aquí en los EE.UU.? ¿Quisiera recibir una invitación a un taller <u>GRATIS</u> en Park City sobre inmigración?
<i>Si la respuesta es afirmativa, escriba su información abajo o llame a Holy Cross Ministries a (801) 261-3496</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A continuación favor de proporcionar su información para ser contactado por los servicios que a usted le interesan: Promise Partnership consiste en varias organizaciones que ofrecen servicios en nuestra comunidad. Al proporcionar su información de contacto usted acepta que su información sea compartida con las organizaciones que ofrecen los servicios del Promise Partnership. Esto les permite ponerse en contacto con usted por teléfono, correo electrónico, texto o correo postal para informarle sobre sus servicios.

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
Nombre de Padre o tutor	Apellido del padre o Tutor	Nombre de Estudiante	Apellido del Estudiante	
<hr/>		<hr/>		
Correo Electrónico	Teléfono principal			
<hr/>				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
<hr/>				
¿Cuál es la mejor manera de contactarle?(un circulo)	Teléfono	Correo Electrónico	Texto	Correo
¿Dónde recibió este cuestionario?(Por Ejemplo: Trailside, Treasure Mountain, Christian Center de Park City...)	<hr/>			



See Reverse Side for English

