



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 \_\_\_\_\_