



# Ozark Guidance

## *School Based Services Referral Form*

School: \_\_\_\_\_ Date of Referral: \_\_\_\_\_  
Student's name: \_\_\_\_\_  
Parent/primary caregiver(s): \_\_\_\_\_  
Phone number(s): \_\_\_\_\_  
Family's preferred language: \_\_\_\_\_  
Best days/times to call: \_\_\_\_\_ Can message be left? Yes \_\_\_ No \_\_\_  
Does student have ARKids A, ARKids B, or Private Insurance? Yes \_\_\_ No \_\_\_

**Please return this form to Ozark Guidance in one of the following manners:**

- Via email to your school district's referral inbox: [SB.referrals@ozarkguidance.org](mailto:SB.referrals@ozarkguidance.org)
- Via fax to 479-549-3109
- In person via your school's Ozark Guidance mental health professional or district's Program Coordinator, Linda Cromer, MS, LPC, [Linda.cromer@ozarkguidance.org](mailto:Linda.cromer@ozarkguidance.org)





# Ozark Guidance

## ***Formulario de Referencia de Servicios basado en la Escuela***

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_ Fecha de la Referencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Padre(s)/Tutor(s): \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Idioma preferido de la familia: \_\_\_\_\_

Días/horas preferidos para contactarlos: \_\_\_\_\_

¿Se puede dejar un mensaje? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿El estudiante tiene ARKids A, ARKids B o seguro privado? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**Por favor regrese este formulario a Ozark Guidance usando uno de las siguientes opciones:**

- Por correo electrónico a su distrito escolar: [SB.referrals@ozarkguidance.org](mailto:SB.referrals@ozarkguidance.org)
- Por fax: 479-549-3109
- En persona a través del profesional de salud mental de Ozark Guidance o de su distrito coordinador de programa, Linda Cromer, MS, LPC, [Linda.cromer@ozarkguidance.org](mailto:Linda.cromer@ozarkguidance.org)

Compassion  
HOPE

EMPOWER  
change  
SUPPORT