

**CENTRAL MISSISSIPPI, INCORPORATED
HEAD START/EARLY HEAD START PROGRAM
101 South Central Avenue
P. O. Box 749
Winona, MS 38967**

Phone: (662) 283-2227
Fax: (662) 283-5777

MENTAL HEALTH/DISABILITY SERVICES
Servicios para la Salud Mental and Para Niños con Discapacidades

CONSENT TO RECEIVE THERAPY SERVICES
Consentimiento para recibir Servicios de la Terapia

Center's Name/Nombre del Centro: _____ **Date/Fecha:** _____

I/ Yo, _____ **parent and or legal guardian of /el padre de**
(Parent Name/Nombre del padre)

_____ **give/doy** _____
(Child's Name/Nombre del niño) *(Agency's Name/Nombre de la agencia)*

permission to provide therapy services/el permiso para proporcionar servicios de la terapia.

(Parent Signature/Firma del padre)

(Family Service Worker/Trabajador Social de la Familia)

(Center Manager/Administrador del Centro)

All information you provide helps us to deliver services most appropriate for your family needs. You may prefer not to share some information with us. However some information is required to determine eligibility. All information shared will be held in strict confidence./ *Toda la información proporcionas ayudas nosotros para entregar los servicios más apropiados para tus necesidades de la familia. Puedes preferir no compartir una cierta información con nosotros. Sin embargo una cierta información se requiere determinar elegibilidad. Toda la información compartida será llevada en confidencialidad.*

White: Child's file

Yellow: Central Office

Serving: Attala Carroll Choctaw Holmes Montgomery Webster Counties
An Equal Opportunity Employer

Revised: MHDS 05-27-10