



YOUR STUDENT HAS BEEN REFERRED FOR SERVICES AS A RESULT OF:

- 1ST TIME CAUGHT USING OR IN POSSESSION OF SMOKING/VAPING PARAPHERNALIA (1ST INTERVENTION)
- 2ND TIME CAUGHT USING OR IN POSSESSION OF SMOKING/VAPING PARAPHERNALIA (2ND INTERVENTION)
- 3RD TIME CAUGHT USING OR IN POSSESSION OF SMOKING/VAPING PARAPHERNALIA (ALTERNATIVE TO SUSPENSION)

TYPE:

- CIGARETTES
- VAPES/HOOKAH
- E-JUICE
- MARIJUANA (NON-EDIBLE)
- OTHER _____

Date _____

Dear Parent(s)/ Custodial Guardian(s) of _____ ID# _____

Your student is being referred to Brief Intervention or Cessation, 2-3 one-hour motivational interviewing sessions, that will be provided in the school's Wellness Center by our **Tobacco Health Educator from Delta Health Care**. These sessions will take place during the school day, and may be offered 1-on-1 or in small groups. The **Tobacco-Use Prevention Education (TUPE) Grant** provides these services FREE of charge to SUSD 6th-12th grade students.

Completion of these services are expected as part of their consequence or alternate to suspension. If your student fails to complete the interventions, other consequences may be issued.

Referred by (Name of SUSD Staff Member): _____ Phone: _____

Please make a copy of this completed form for your records and **Return the original copy to Wellness Center.**

Questions? Contact the **Wellness Center Coordinator at 209-444-8300** or the Referring staff member.

Parent Information (Please Print): to be filled out by parent

First Name: _____ Last Name: _____ Relationship to student: _____

Address: _____

Phone Number _____ Cell Number _____ Email _____

I have read and understand the services being offered through SUSD's Tobacco-Use Prevention Education Grant. My student has my permission to receive Brief Intervention and/or Cessation services. I further authorize the release of information regarding services: 1) to necessary school and other related collaborative agency personnel, including Community Medical Centers and 2) as otherwise mandated by law.

PRINT: Name of Parent or Custodial Guardian

Signature

Date

SU ESTUDIANTE HA SIDO REFERIDO PARA RECIBIR SERVICIOS COMO RESULTADO DE:

- PRIMERO VEZ SUSPENDIDO USANDO O EN POSESIÓN DE PARAFERNALIA PARA FUMAR/VAPEAR (PRIMERO INTERVENCIÓN)
- SEGUNDO VEZ SUSPENDIDO USANDO O EN POSESIÓN DE PARAFERNALIA PARA FUMAR/VAPEAR (SEGUNDO INTERVENCIÓN)
- TERCERO VEZ SUSPENDIDO USANDO O EN POSESIÓN DE PARAFERNALIA DE FUMAR/VAPEAR (ALTERNATIVA A LA SUSPENSIÓN)

TYPE:

- CIGARRILLOS
- VAPORIZADORES
- E-JUGO
- MARIJUANA (NON-COMESTIBLE)
- OTRO.....

Fecha _____

Estimado padre(s)/tutor(es) de custodia de _____ ID# _____

Su estudiante está siendo referido a Intervención Breve o Cesación, 2-3 sesiones de entrevistas motivacionales de una hora, que serán proporcionadas en el Centro de Salud de la escuela por nuestro Educador de Salud del Tabaco de los Delta Health Care. Estas sesiones se llevarán a cabo durante el día escolar y pueden ofrecerse individualmente o en grupos pequeños. La Beca de Educación para la Prevención del Uso de Tabaco (TUPE, por sus siglas en inglés) brinda estos servicios GRATUITAMENTE a los estudiantes del 6° al 12° grado del SUSD.

Se espera que estos servicios se completen como parte de su consecuencia o como alternativa a la suspensión. Si su estudiante no completa las intervenciones, se pueden emitir otras consecuencias.

Remitido por (Nombre del miembro del personal del SUSD): _____ Phone: _____

Haga una copia de este formulario completo para sus registros y devuelva la copia original al Centro de Salud.

 ¿Preguntas? Comuníquese con el coordinador del centro de salud al **209-444-8300** o con miembro del personal de referencia.

Información para los padres (en letra de imprenta): ser completado por los padres

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el estudiante: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Número de celular _____ Correo electrónico _____

He leído y entiendo los servicios que se ofrecen a través de la Beca Educativa para la Prevención del Uso de Tabaco del SUSD. Mi estudiante tiene mi permiso para recibir los servicios marcados arriba. Además, autorizo la divulgación de información con respecto a los servicios: 1) a la escuela necesaria y otro personal de agencias colaboradoras relacionadas, incluidos los centros médicos comunitarios y 2) según lo exija la ley.

IMPRIMIR: Nombre del padre o tutor legal

Firma

Fecha