



American Indian Health & Services

4141 State Street, Suite B-11, Santa Barbara, CA 93110 Phone: (805) 681-7356 | Fax: (805) 681-7358

LIBERTY FOUNDATION PROGRAM

Date _____

Name _____

Address _____ City _____ Zip Code _____

Telephone _____ Cell _____ Work _____

Date of birth _____ Minor? Yes _____ No _____ Grade Level Completed _____

Person to contact in case of emergency:

Name _____ Address _____ Telephone _____

Referred by _____ (Name of Contact Person)

To qualify your tattoos must be visible, anti-social or gang related.

Describe tattoo(s). Where is it located, what is it and what color is the ink.

Will you be needing an anesthetic for the tattoo removal? Yes _____ No _____

Are you in need of Community Service Hours assistance? Yes _____ No _____

Why are you interested in removing your tattoo(s)?

PLEASE RETURN THIS APPLICATION TO THE AMERICAN INDIAN HEALTH & SERVICES. YOU WILL BE NOTIFIED WITHIN THREE WEEKS REGARDING YOUR ELIGIBILITY FOR THE PROGRAM.

+++++DO NOT WRITE IN THIS AREA+++++

Approved _____ Date _____



American Indian Health & Services

4141 State Street, Suite B-11, Santa Barbara, CA 93110 Phone: (805) 681-7356 | Fax: (805) 681-7358

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA LIBERTAD

Fecha _____

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ CP _____

Teléfono _____ Celular _____ Trabajo _____

Fecha de nacimiento _____ Menor de edad? Si ___ No ___

Nivel de Año Escolar Completado _____

Persona para llamar en caso de emergencia:

Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____

Referido por _____ (Nombre de persona de contacto)

Para calificar sus tatuajes deben ser visibles, anti-sociales o relacionados con pandillas.

Describe el tatuaje. ¿Dónde está localizado? ¿Qué es? ¿De qué color es la tinta?

¿Necesita asistencia para horas de Servicio Comunitario? Si ___ No ___

¿Por qué está interesado en remover su tatuaje?

FAVOR DE REGRESAR SU SOLICITUD A AMERICAN INDIAN HEALTH & SERVICES. USTED SERA NOTIFICADO EN TRES SEMANAS SI CALIFICA PARA EL PROGRAMA.

+++++NO ESCRIBA EN ESTA AREA+++++

Approved _____ Date _____