

WELLNESS DEPARTMENT (DEPARTAMENTO DE BIENESTAR)

Su hijo puede ser elegible para servicios educativos adicionales dependiendo de la situación de su hogar. Los servicios y derechos adicionales incluyen el derecho a permanecer en la misma escuela incluso si se muda y el acceso a comidas gratuitas en la escuela. La elegibilidad se puede determinar completando este cuestionario. Este cuestionario tiene por objeto abordar cuestiones relacionadas con la Ley McKinney-Vento de Educación para Personas sin Hogar, 42 U.S.C. 11435. Este formulario está diseñado para proporcionar más información sobre la situación actual de vivienda de su familia. **Esta información se mantendrá confidencial.**

ESCUELA	DISTRITO ESCOLAR
---------	------------------

- ¿Con quién vive el/los estudiante(s) inscrito(s)? Por favor, marque todo lo que corresponda:
☐ Padre ☐ Tutor Legal ☐ Pariente ☐ Otro Adulto ☐ Solo ☐ Otro: _____
- ¿Dónde ha dormido normalmente el estudiante en los últimos 30 días? Marque todas las casillas que correspondan:
☐ En una vivienda que es propiedad o alquilada por un padre o tutor
☐ Permanecer temporalmente con amigos, parientes u otras personas ("doblado" o "de sofa en sofa") por razones **financieras y porque el estudiante no tenía a dónde ir**
☐ En un refugio
☐ En una vivienda de transición o en un programa de vida independiente
☐ En un motel u hotel
☐ En un vehículo recreativo o caravana
☐ En un automóvil, tienda de campaña, parque, autobús o lugar público (edificio abandonado, estación de tren, etc.)
☐ El estudiante no tiene un lugar habitual para dormir
- ¿La casa o el lugar en el que se duerme por la noche está conectado a la electricidad, la calefacción y el agua corriente?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé
- ¿La casa o el lugar en el que se duerme por la noche tiene problemas de moho, alimañas (como piojos, ratones o pulgas) u otros problemas significantes?
☐ Sí ☐ No ☐ No sé
- ¿Cuántas otras personas viven en el hogar, o el lugar en el que durmió por la noche?
☐ 0-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16+
- ¿Cuántas habitaciones hay en el hogar o en el lugar en el que se durmió por la noche?
☐ Uno ☐ Dos ☐ Tres ☐ Cuatro o más ☐ No aplicable

Dependiendo de sus respuestas a las preguntas anteriores, su(s) hijo(s) puede(n) ser elegible(s) para recibir apoyo adicional. **Enumere a continuación todos los niños bajo su cuidado y su información.**

NOMBRES DE LOS ESTUDIANTES (Nombre, Medio, Apellido)	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO		NIVEL DE GRADO	NOMBRE DE LA ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ
		M	F		
		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		
		☐	☐		

IMPRIMIR (Padre/Tutor/Adulto que cuida al estudiante) NOMBRE	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (Opcional)
DIRECCIÓN (Calle, ciudad, estado y código postal)		☐ Solo dirección postal

Es posible que el personal de apoyo educativo de su sistema escolar se comuniquen con usted, a menos que marque la casilla a continuación:

☐ NO, POR FAVOR, NO SE PONGA EN CONTACTO CONMIGO.

***Firma**

Fecha

**Su firma indica que ha completado este formulario a su leal saber y entender.*

Uso de la oficina/Office use: Referral made to McKinney-Vento Liaison on this date: _____