

Forma de Cuestionario Estudiantil (3/17)

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____

Fecha de Nacimiento _____ Grado ____ M/F ____ Fecha _____ No. De Teléfono/Celular _____

Padre(s)/Tutor Legal _____

Dirección _____

Este cuestionario tiene por objeto abordar la ley de McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. Las respuestas son confidenciales y ayudan a determinar los servicios que el estudiante puede recibir si es elegible.

Es ilegal hacer falsas declaraciones en este formulario

SÍ / NO – El estudiante vive en una casa/apartamento propiedad o en alquiler por el padre, la madre o el tutor legal del estudiante indicados anteriormente o debajo.

**EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR, FIRME SU NOMBRE.
SI NO, POR FAVOR COMPLETE LAS PARTES A, B C and D.**

PARTE A. – SITUACIÓN ACTUAL DE LA VIVIENDA

1. ARREGLOS DE VIVIENDA TEMPORAL DEBIDO A LA PÉRDIDA DE VIVIENDA O DIFICULTADES ECONÓMICAS

- Viviendo en un Refugio
- Vive en un motel u hotel
- Viven con más de una familia en una casa o apartamento

Lista nombre de la familia _____

2. DESVALIDO

- Mover de un lugar a otro
- La vida en una estructura no por lo general usada para alojamiento
- Vive en un coche, parque, campamento o afuera
- Vivienda carece de agua corriente y/o de electricidad
- Vive en un auto caravana
- Viviendas Dispersas (HUD suplido)

3. SÍ / NO – JÓVENES NO ACOMPAÑADOS (Un joven no acompañado es un estudiante que no esté bajo la custodia física de un tutor legal.)

PARTE B. – SITUACIÓN ANTECEDENTE (SI #2 ESTÁ MARCADO ANTERIORMENTE, POR FAVOR MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDEN)

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Incapacidad médica, gasto o enfermedad catastrófica <input type="checkbox"/> Nuevo a la Ciudad <input type="checkbox"/> Pérdida de Empleo <input type="checkbox"/> Dificultades económicas/bajos ingresos <input type="checkbox"/> Desalojados <input type="checkbox"/> Incendio de hogar u otra destrucción | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Catástrofe / Evacuación <input type="checkbox"/> Cuestión Doméstica <input type="checkbox"/> Trabajo inmigrante en la pesca o agricultura <input type="checkbox"/> Espera de colocación en cuidado adoptivo/custodia CPS <input type="checkbox"/> Padres involucrados en el despliegue militar <input type="checkbox"/> Padre(s) encarcelados/ recientemente liberado de prisión |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



PARTE C. SERVICIOS NECESARIOS – BASADO EN LA DISPONIBILIDAD (COMPRUEBE SERVICIOS NECESARIOS). USTED SERÁ CONTACTADO POR EL ENLACE DE ESTUDIANTES SIN HOGAR O UN MIEMBRO DEL PERSONAL DEL DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE GALVESTON.

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Inscripción | <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Almuerzo Gratis/Desayuno(Nutrición Infantil) | <input type="checkbox"/> Ropa/Uniformes de Emergencia |
| <input type="checkbox"/> Inmunización/Vacunas | <input type="checkbox"/> Artículos de higiene personal |
| <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento | <input type="checkbox"/> Asistencia de Estampillas para Comida |
| <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Útiles Escolares | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de Medicaid/CHIP | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

PARTE D. Por favor, proporcione la siguiente información para los hermanos de edad escolar (hermanos y/o hermanas del estudiante):

| Nombre del Estudiante | Grado | Escuela | Nombre del Estudiante | Grado | Escuela |
|-----------------------|-------|---------|-----------------------|-------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Nombre (PORFAVOR IMPRIMA) _____ Firma _____ No. de Teléfono _____

FOR SCHOOL USE ONLY (PAR USO ESCOLAR): I certify the above named student(s) qualifies under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Determination of Circumstance:

Homeless Liaison _____ Date _____

- Student and Parent live with a family not homeless.
- Student comes under McKinney Vento Act. (homeless)
- Student is an Unaccompanied Youth.
- Student is in Foster Care

Services Provided:

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enrollment Assistance | <input type="checkbox"/> Temporary Assistance for Needy Families (TANF) |
| <input type="checkbox"/> Free Lunch/Breakfast(Child Nutrition) | <input type="checkbox"/> Emergency Clothing/Uniforms |
| <input type="checkbox"/> Immunizations | <input type="checkbox"/> Personal Hygiene Items |
| <input type="checkbox"/> Birth Certificate | <input type="checkbox"/> Food Stamps (SNAP) Assistance |
| <input type="checkbox"/> Transportation | <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP Assistance |
| <input type="checkbox"/> School Supplies | <input type="checkbox"/> Other _____ |

NOTES: _____