

Spring Branch ISD

Cuestionario de Residencia para Estudiantes

El propósito de este cuestionario es presentar los objetivos del Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11434a(2). Las respuestas a estas preguntas ayudaran a determinar los servicios que el estudiante podría recibir. Presentar información falsa o la falsificación de documentos para uso escolar son ofensas bajo la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción del estudiante usando documentos falsos traerá como consecuencia que los responsables sean sujetos a pagar los gastos de instrucción u otros cargos. TEC Sec. 25.002(3)(d).

Nombre de escuela actual en SBISD: _____ Grado: _____

Nombre de Estudiante: _____ Sexo: Masculino
Apellido Nombre Segundo Nombre Femenino

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Numero de Estudiante #: _____
M D A

Nombre de Escuela anterior: _____

Nombre de Ciudad anterior, Cónadgo y Estado: _____

1. Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)? SI NO
2. Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de su casa, vivienda o habitación, o debido a algún SI NO
algún problema económico (ejemplo: desempleo)?
3. Se debe su arreglo de vivienda temporal debido a un desastre natural? SI NO

Nombre del desastre natural: _____ (ejemplo: Huracán Woody)

Si usted contesto (Si) a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor complete el resto de este formulario.

¿Donde vive el estudiante actualmente? (Marque una opción.)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En un hotel/motel
<input type="checkbox"/> En un albergue/refugió
<input type="checkbox"/> Recibo asistencia de Westside Homeless Prevention
<input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa ó apartamento
<input type="checkbox"/> Forma 2298- Plan de seguridad | <input type="checkbox"/> En un lugar generalmente no designado para dormir (ejemplo: carro, parque, o campamento)
<input type="checkbox"/> Menor no acompañado
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ |
|--|--|

Necesita transportation su estudiante? SI NO

Por favor proporcione la siguiente información de todos los hermanos(as) del estudiante.

Nombre del Estudiante	Grado	Numero del Estudiante	Nombre de la Escuela	Fecha de Nacimiento

¿Con quien vive el estudiante actualmente? (Marque una opción.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El padre/madre o con ambos
<input type="checkbox"/> Adulto/pariente que no tenga la custodia legal | <input type="checkbox"/> Tutor legal (custodia legal)
<input type="checkbox"/> Solo, sin adulto(s) |
|--|---|

Nombre del Padre/Guardian/Proveedor/Estudiante: _____

Dirección: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

 Firma del Padre/Guardian/Proveedor/Estudiante Fecha

If YES is marked on two of the questions above - p l e a s e fax to 713-251-2495

FOR EF&C USE ONLY

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

 Date McKinney-Vento Liaison Signature