**Questionario del Estudiante**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del Estudiante:**  | **Fecha de Hoy:**  |
| **Fecha de Nacimiento del Estudiante:** | **Grado Actual:**  |
| **Escuela a la que asiste:** |

**Su hijo/a puede ser legible para servicios educativos adicionales a través del Título X, Parte C, Ley de Asistencia McKinney-Vento. La elegibilidad se puede determinar completando este cuestionario.**

|  |
| --- |
| **¿Dónde están viviendo usted y su familia actualmente? Por favor, marque una (1) de las Casillas a continuación.****Sección A** **Alquiler/poseo mi propia casa o apartamento** **Residencia con familia o amigo (elección personal)*****PARE: Si marcó cualquiera de las casillas en la Sección A, pase al final de la página, firme el formulario y luego envíelo al personal de la escuela. Si no marcó ninguna de las casillas en la Sección A, continúe con la Sección B (a continuación).*** |
| **Sección B** **En un refugio de emergencia o de transición** **En un vehículo, parque, campamento o en las calles** **En una casa, edificio o remolque SIN agua corriente y/o electricidad** **Temporalmente con otra familia/amigo debido a un desastre natural, pérdida de vivienda, dificultades económicas, etc. hasta que podamos encontrar viviendas asequibles** **En un hotel o motel** **Con un adulto que no es un padre o tutor legal (mayor de 18 años)** **Solo o en diferentes lugares, sin un adulto (mayor de 18 años) como cuidador** **Dondequiera que pueda encontrar un lugar para quedarme por la noche** **Otro (Por favor explique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Si marca una casilla en la Sección B, indique los niños *adicionales* que viven actualmente con usted que asisten a las Escuelas Públicas de Broken Arrow.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido del Estudiante** | **Masculino o Femenino** | **Fecha de Nacimiento** | **Grado** | **Nombre de la Escuela** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

¿Le gustaría ser contactado por el contacto de McKinney-Vento del distrito para hablar sobre los servicios adicionales que pueden estar disponibles para su (s) hijo (s)? SI NO

***El abajo firmante certifica que la información proporcionada es correcta y precisa.***

(Impresa) Padre/Tutor o Adulto que Cuida al Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección Ciudad Estado Zip

Número Telefónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Actualizado Marzo 2019)