



Cuestionario de Residencia de Estudiante del Programa McKinney-Vento

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE TUSCALOOSA – AÑO ESCOLAR: 2020-2021

Complete SOLO un formulario por familia)

Enlace Provisional del Programa para Familias sin Hogar: Ingrid Edwards

Información de Contacto: 205.342-2179

Correo Electrónico: iedwards@tusc.k12.al.us

¿Es Usted o su cónyuge un veterano? sí no

Anote a **TODOS** sus Hijos en Edad Escolar

(Anote en orden del hijo mayor al menor)

Primer Nombre/Apellido de Estudiante	Fecha de Nacimiento	Educación Especial	Escuela Actual	Grado	Género
1.		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2.		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3.		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4.		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
5.		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
6.		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Primer Nombre/Apellido de Hijos No en Edad Escolar	Fecha de Nacimiento	Niñez Temprano	Escuela Actual	Género	Edad
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Última Escuela Asistida: (Anote escuela(s) en la misma orden que el(los) estudiante(s) anotado(s) anteriormente.)

1.	2.	3.
4.	5.	6.

Estudiante vive con:	Apellido	Primer Nombre	Domicilio (ciudad, estado, código postal)	Teléfono Principal	Teléfono del Trabajo
<input type="checkbox"/> Padre					
<input type="checkbox"/> Madre					
<input type="checkbox"/> Tutor					
<input type="checkbox"/> Pariente					
<input type="checkbox"/> Otro (Especifique)					

Firma de Padre/Madre: _____ Fecha: _____ Teléfono: _____

Para ser Completado por el Personal Escolar: What services are needed by the family?

Please Explain what is specifically needed from each category (if more space is needed use the back of this page)

Family/Student Living Situation:

- Doubled up
- In a motel/hotel
- In a shelter/transitional living program
- Unsheltered (example: cars, parks etc)
- Campground site
- Awaiting Foster Care placement
- Runaway child or youth
- Unaccompanied Youth

Areas the district will provide family assistance:

- Referral for Community Resources
 - Medical, Dental and other Health Services
 - Mental Health Services
 - Food and Clothing
 - Housing and Support
 - GED assistance for parent
- Addressing needs related to domestic violence
- Parent education related to rights/resources
- Other, Specify: _____

Areas of Educational and Related Services Needed

- Transportation
- Free Lunch
- Immunization needed
- Birth Certificate needed
- School Supplies
- Help with enrollment
- Tutoring or other instructional services
- Counseling
- Activity Fees
- Special Education
- Gifted and Talented Programs
- After School Programs
- ESL Services
- School Health Records
- Special Security/Safety Services
- Truancy Issues
- Other Specify: _____

Referred by: _____ School: _____ Date: _____

To be completed by Homeless Liaison

Covered by MV NOT covered by MV Dispute Resolution Date: _____ Signature: _____