



Programa McKinney-Vento

Formulario de ingreso

(Para uso del enlace en el momento del ingreso)

PADRE/TUTOR/OTRO	DIRECCIÓN ACTUAL	TELÉFONO	Para uso exclusivo de la oficina: <input type="checkbox"/> Ingresó a SIS <input type="checkbox"/> Alimentos gratuitos <input type="checkbox"/> Apoyos del Título I <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
------------------	------------------	----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Por favor liste a TODOS los menores (desde recién nacidos hasta los 21 años de edad) bajo su cuidado: (Para cuidadores que no sean familiares, liste solamente a los niños que se alojen con usted de manera temporal)

Nombre	No. de estudiante (SSID)	Grado	Edad	Fecha de nacimiento	Escuela actual o última escuela (si no está inscrito, indíquelo)

Situación de alojamiento de los estudiantes:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Albergue | <input type="checkbox"/> Vivienda compartida ¹ | <input type="checkbox"/> Migrante |
| <input type="checkbox"/> Sin albergue ² | <input type="checkbox"/> Motel/Hotel | <input type="checkbox"/> Vivienda de transición |
| <input type="checkbox"/> Niño o joven solo ³ | <input type="checkbox"/> En espera de tutela temporal ⁴ | |

- Compartir la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares.
- Vivir en un auto, parque, lugar para acampar, parque de casas rodantes, estación de tren/autobús, edificio abandonado, hospital abandonado u otro lugar que no se utiliza habitualmente como un alojamiento para dormir.
- Niños o menores solos, que no viven con un padre o tutor.
- Período de tiempo entre la colocación inicial bajo el cuidado del estado y la audiencia de albergue de 30 días.

¿Su situación de vivienda se debe a la pérdida de su hogar o a dificultades económicas? Sí No

Seleccione los siguientes servicios que necesita o desea:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Guardería | <input type="checkbox"/> Tutela |
| <input type="checkbox"/> Transporte escolar | <input type="checkbox"/> Programas antes/después de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Ropa/Uniformes/Calzado deportivo | <input type="checkbox"/> Deportes/Atletismo |
| <input type="checkbox"/> Útiles escolares | <input type="checkbox"/> Mentores |
| <input type="checkbox"/> Asesoría | <input type="checkbox"/> Educación especial |
| <input type="checkbox"/> Derivación médica/dental – cupones médicos | <input type="checkbox"/> Superdotado/Talento |
| <input type="checkbox"/> Derivación a cuidado de la vista | <input type="checkbox"/> Vocacional/técnica |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Medicaid/DSHS – estampillas de alimentos/TANF | <input type="checkbox"/> Música/Bellas artes |
| <input type="checkbox"/> Registros de inscripción preescolar | <input type="checkbox"/> Programa LEO/Bilingüe |
| <input type="checkbox"/> Programa de infancia temprana | <input type="checkbox"/> Graduación |
| <input type="checkbox"/> Clubes/actividades extracurriculares | <input type="checkbox"/> Programa de educación indígena |
| <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Albergue |
| <input type="checkbox"/> Inscripción | <input type="checkbox"/> Universidad/FAFSA |
| <input type="checkbox"/> Cuotas | <input type="checkbox"/> Programa de verano |
| <input type="checkbox"/> ASB, cuotas de laboratorio, etc. | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Registros de inscripción faltantes | <input type="checkbox"/> Programa de educación para migrantes |
| <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento | <input type="checkbox"/> Registros médicos/de vacunas |
| <input type="checkbox"/> Recuperación de créditos académicos | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

Asistencia financiera necesaria para _____ Costo \$ _____

Firma del padre/tutor/joven no acompañado:

Nombre _____

Fecha _____

