



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 | |

- 1 Compartir la vivienda con otras personas, debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivos similares.
- 2 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.
- 3 Niños o menores solos, que no viven con un padre o tutor.
- 4 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"/> Transporte escolar
<input type="checkbox"/> Ropa/Uniformes/Calzado deportivo
<input type="checkbox"/> Útiles escolares
<input type="checkbox"/> Asesoría
<input type="checkbox"/> Derivación médica/dental – cupones médicos
<input type="checkbox"/> Derivación a cuidado de la vista
<input type="checkbox"/> Servicios de Medicaid/DSHS – estampillas de alimentos/TANF
<input type="checkbox"/> Registros de inscripción preescolar
<input type="checkbox"/> Programa de infancia temprana
<input type="checkbox"/> Clubes/actividades extracurriculares
<input type="checkbox"/> Vivienda
<input type="checkbox"/> Inscripción
<input type="checkbox"/> Cuotas
<input type="checkbox"/> ASB, cuotas de laboratorio, etc.
<input type="checkbox"/> Registros de inscripción faltantes
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento
<input type="checkbox"/> Recuperación de créditos académicos | <input type="checkbox"/> Tutela
<input type="checkbox"/> Programas antes/después de la escuela
<input type="checkbox"/> Deportes/Atletismo
<input type="checkbox"/> Mentores
<input type="checkbox"/> Educación especial
<input type="checkbox"/> Superdotado/Talento
<input type="checkbox"/> Vocacional/técnica
<input type="checkbox"/> Música/Bellas artes
<input type="checkbox"/> Programa LEO/Bilingüe
<input type="checkbox"/> Graduación
<input type="checkbox"/> Programa de educación indígena
<input type="checkbox"/> Albergue
<input type="checkbox"/> Universidad/FAFSA
<input type="checkbox"/> Programa de verano
<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Programa de educación para migrantes
<input type="checkbox"/> Registros médicos/de vacunas
<input type="checkbox"/> Otros _____ |
|---|---|

Asistencia financiera necesaria para _____ Costo \$ _____

Firma del padre/tutor/joven no acompañado:

Nombre _____

Fecha _____

