



# HAYWARD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

## CUESTIONARIO DE VIVIENDA (MV)

MV CODE

La información proporcionada a continuación ayudará al Distrito Escolar Unificado de Hayward a determinar qué servicios pueden recibir usted y/o su hijo. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través del Título I, Parte A y/o la Ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y solo se compartirá con el personal apropiado del distrito y de la escuela.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ N° de Estudiante \_\_\_\_\_

### Actualmente, ¿está el estudiante y/o su familia viviendo en alguna de las siguientes situaciones?

- Permaneciendo en un refugio (refugio familiar, refugio para violencia doméstica, refugio para jóvenes) o en un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA) **(100)**
- Temporalmente en un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales o razones similares **(110)**
- Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, falta de vivienda adecuada o razón similar **(120)**
- Viviendo en un automóvil, RV, parque, campamento, edificio abandonado u otros alojamientos inadecuados (es decir falta de agua, electricidad o calefacción) **(130)**
- Viviendo en una residencia permanente y estable **(no complete este formulario; proporcione 2 pruebas de residencia como se describe en el proceso de inscripción).**

¿El estudiante es menor de 18 años y vive separado de sus padres o tutores?

Sí  No

**Declaro, bajo pena de perjurio, de conformidad con las leyes del Estado de California, que la información anterior es verdadera y correcta y tengo de la misma un conocimiento personal.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba su nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

Nº de teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Nº de teléfono celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Escuela Asignada \_\_\_\_\_ Año Escolar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Persona autorizada de HUSD  
Escriba el nombre y firme

\_\_\_\_\_  
HUSD Homeless Liaison

\_\_\_\_\_  
Fecha