



# Cuestionario de Residencia de Estudiante del Programa McKinney-Vento

ESCUELAS DE LA CIUDAD DE TUSCALOOSA – AÑO ESCOLAR: 2023-2024

Complete SOLO un formulario por familia)

Enlace Provisional del Programa para Familias sin Hogar: Dr. Ingrid Edwards

Información de Contacto: 205.342-2179

Correo Electrónico: [iedwards@tusc.k12.al.us](mailto: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: \_\_\_\_\_