

DENTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

2012-2013

NOTA: El propósito de este documento es para servir la ley McKinney-Vento. Sus respuestas ayudarán a la escuela determinar los servicios que el estudiante podría ser elegible.

Nombre del estudiante: _____ Sexo: Masculino Femenino
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____ N° de identificación: _____
Mes / Día / Año

Nombre de la persona con quien vive el estudiante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Teléfono Celular: _____ Contacto de emergencia y teléfono _____
(Aparte de su familia inmediata)

Último distrito escolar que el estudiante asistió: _____ Escuela: _____

USTED Y EL ESTUDIANTE: (Por favor marque el que corresponda)

- Viven o están alquilando una casa/apartamento/casa móvil o viven con parientes o amigos por mi propia voluntad
- Viven en la casa de un amigo o pariente, **(por menos de 18 meses)** porque perdí mi vivienda
- Viven en un albergue *(por ejemplo: viviendo en un albergue familiar, albergue para víctimas de violencia doméstica.)*
- Viven en un motel *(por ejemplo: a causa de problemas económicos, desalojo, inundación, incendio o no puede obtener depósitos requeridos para instalarse en un apartamento o casa)*
- Viven en un auto o camioneta, edificio abandonado, en la calle, en un parque o campamento
- Viven en un habitación de transición *(Cumberland/Friends of the Family)*
- Ninguno de los anteriores describe el tipo de vivienda donde resido. *Describa brevemente su situación:*

El estudiante vive con:

- Padre (s) de familia Guardián (es) legal (es)
- Pariente/Adulto que no es el guardián legal Solo, sin adulto (s)

Yo soy:

- El padre/madre o guardián legal del estudiante antes mencionado
- El estudiante
- Un adulto o familiar a cargo del estudiante antes mencionado
 (Relación : _____)

Hermano (as) asistiendo escuelas del distrito escolar de Denton:

Nombre	Grado	Escuela

Declaro, bajo pena de perjurio y conforme a las leyes de este estado, que la información proporcionada es verdadera y correcta y de mi propio conocimiento personal.

Firma: _____ Fecha: _____

 McKinney-Vento Liaison Signature

 Date-Effective/Faxed/Emailed

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act

For Office of Social Work Only Child Nutrition Transportation Social Services School Supplies

Please fax SRQ to (940) 369-4985 or email to ndobson@dentonisd.org and bhaflich@dentonisd.org