

Student Residency Questionnaire

Name of School _____ Name of Student: _____ Sex: Male
Last First Middle Female
Birth Date ____ / ____ / ____ Age: _____
Month / Day / Year

This questionnaire is intended to address requirements of the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435. The answers to the following questions help determine the services the student may be eligible to receive.

1. Is the student's current address a temporary living arrangement? ____ Yes ____ No
2. Is this temporary living arrangement due to loss of housing or economic hardship?
____ Yes ____ No

**If you answered YES to the above questions, please complete the remainder of this form.
If you answered NO, you may stop here.**

Where is the student presently living? (Check one box.)

- In a shelter, transitional housing
- Doubled-up, sharing housing
- Unsheltered (e.g. car, park, RV, camping, substandard dwellings)
- Motel or hotel

Is the student

- Accompanied
- Unaccompanied

| |
|--|
| ____ Staff completed form. Name: Title: Date: |
|--|

On the following list of services, check all that would assist your student:

- Health needs (eye glasses, immunizations, etc.)
- Clothing/Uniforms
- School supplies
- Personal items (shampoo, deodorant, etc.)
- Participation in after school program
- Purchasing co-curricular supplies to participate in sports

Name of Parent(s)/Legal Guardians(s) _____ Phone _____

Presenting a false record or falsifying records is an offense under Section 37.10, Penal code, and enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or other costs. TEC Sec. 25.002(3)(d).

Signature of Parent/Legal Guardian _____ **Date** _____

OFFICE USE ONLY

**Please send a copy to Julia Muñoz at the District Office.
Fax: 541 889 8553**

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

Date

McKinney-Vento Liaison Signature

Cuestionario de Residencia para Estudiantes

Nombre de la Escuela _____ Nombre del Estudiante _____ Sexo: Masculino
Apellido- Nombre- Segundo Nombre Femenino
Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad: _____
Mes Día Año

El propósito de este cuestionario es cumplir con los requisitos del Acta McKinney-Vento (42 U.S.C.11435). Las respuestas a estas preguntas ayudarán determinar los servicios que el estudiante puede recibir.

1. ¿Es el domicilio actual del estudiante un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)? _____ Si _____ No
2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de su casa, vivienda o habitación, o debido a algún problema económico (*ejemplo*: desempleo)? _____ Si _____ No

**Si usted contestó SI a estas preguntas, por favor complete el resto de este formulario.
Si usted contestó NO a estas preguntas, no siga.**

¿Dónde se encuentra viviendo el estudiante actualmente? (Marque una opción.)

- En un albergue, alojamiento transitorio
- Compartiendo hogar con otra familia
- Desamparados (por ejemplo, vivir en automóvil, parque, campamentos, viviendas deficientes)
- Hotel o Motel

El estudiante esta

- Acompañado
- No acompañado (solo)

De la lista de servicios, favor de marcar los que le beneficiarían a su estudiante:

- Salud (ayuda comprando lentes, las vacunas, etc.)
- Ropa / Uniformes
- Utiles escolares
- Artículos personales (shampoo, desodorante, etc)
- Participación en programas despues de la escuela
- Compra de utiles co curriculares para participar en deportes

| |
|---|
| ____ Cuestionario llenado por personal escolar. Nombre: Titulo: |
|---|

Nombre del Padre/Madre/Guardián _____ Teléfono _____

Presentar información falsa o la falsificación de documentos para uso escolar son ofensas bajo la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción del estudiante usando documentos falsos traerá como consecuencia que los responsables estarán sujetos a pagar los gastos de instrucción u otros cargos. TEC Sec. 25.002(3)(d).

Firma del Padre/Madre/Guardián _____ Fecha _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Por favor envíe una copia de este documento a Julia Muñoz en la Oficina del Distrito Escolar.

Fax: 541 889 8553

Yo certifico que el estudiante nombrado en este formulario califica para los programas de nutrición escolares bajo las provisiones del Acta McKinney-Vento.

Fecha _____

Firma del Oficial Autorizado _____