

Student Residency Questionnaire

Name of School _____ Name of Student: _____ Sex: Male
Last First Middle Female

Address _____ Birth Date / / Age: Grade
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:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Clothing <input type="checkbox"/> School Supplies <input type="checkbox"/> Early Programs <input type="checkbox"/> Mentor Programs <input type="checkbox"/> School/Agency Coordination <input type="checkbox"/> Transportation <input type="checkbox"/> Expedited Evaluations <input type="checkbox"/> Other Services _____ | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Counseling <input type="checkbox"/> Referrals <input type="checkbox"/> Domestic Violence Program <input type="checkbox"/> Emergency Assistance <input type="checkbox"/> School Participation Assistance <input type="checkbox"/> Tutoring and Instructional Programs <input type="checkbox"/> Other Program Referral _____ |
|---|---|

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 scan a copy to Julia Muñoz at jmunoz@ontario.k12.or.us or Carolina Gomez at cmgomez@ontario.k12.or.us
 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
 Dirección _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad: ____ Grado ____
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)

____ Staff completed form.
 Name:
 Title:
 Date:

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ropa / Artículos personales | <input type="checkbox"/> Consejería |
| <input type="checkbox"/> Útiles escolares | <input type="checkbox"/> Referidos |
| <input type="checkbox"/> Programas pre-escolares | <input type="checkbox"/> Programa de violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Programas de mentores | <input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Coordinación de escuela / agencia | <input type="checkbox"/> Asistencia para la participación escolar |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Programas de tutoría e instrucción |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones aceleradas | <input type="checkbox"/> Otro Programa de Referencia |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios _____ | _____ |

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

Please scan a copy to Julia Muñoz at jmunoz@ontario.k12.or.us or Carolina Gomez at cmgomez@ontario.k12.or.us

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