



FORMATO DE DECLARACION DE RESIDENCIA

(Appendix 17)

La intención de éste cuestionario es para referirse al Acto de McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas en esta información de residencia puede ayudar a determinar el servicio o ayuda que el estudiante pueda ser elegible para recibir.

Es Ud. Un Joven Sólo **Si**-El estudiante está con un adulto que no es un padre o guardan legal o está sólo sin un adulto.
 No-El estudiante no tiene la definición de "Joven Solo"

Ud. vive en alguna de las siguientes situaciones?

| Sí | No | Code | Definición |
|--------------------------|--------------------------|------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | A | Vive en emergencia o casa transitoria, mobiles de FEMA , abandonado en hospital. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | B | Compartiendo vivienda con otras personas por haber perdido su residencia, por razones económicas, o cualquier razón similar, vivir en compañía. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D | Viviendo en carros, parques, casas mobiles temporales, o campamentos por falta de acomodaciones adecuadas, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deplorable, estaciones de bus o tren, sitios públicos o privados no designados para ser usados ordinariamente como acomodaciones regulares para dormir personas, o cualquier sitio similar. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | E | Vivir en hoteles o moteles. |

Si Ud. contesta **SI** a algo de lo anterior, entonces sus niños pre- escolar y de edad de escuela tienen ciertos derechos, protecciones y servicios bajo el Acto de No Niño Dejado Atraz: Título X, Part C. Por favor complete la información siguiente.

| | | | |
|-------------------|----------------------------|----------------|--------------|
| Estudiante: _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Escuela: _____ | Grado: _____ |
| Estudiante: _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Escuela: _____ | Grado: _____ |
| Estudiante: _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Escuela: _____ | Grado: _____ |
| Estudiante: _____ | Fecha de Nacimiento: _____ | Escuela: _____ | Grado: _____ |

Nombre del Padre/Guardian Legal/Acudiente: _____

Desde ____/____/____ Yo/Nosotros no tenemos residencia permanente; sin embargo, Yo/Nosotros hemos residido en los perímetros del Distrito de Escuela del Condado de Charlotte e intentamos quedarnos aquí. Yo recibo mi correspondencia y puedo ser contactada (o) al:

Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____ Celular: _____

En caso de Emergencia puede contactarme: _____

Yo notificaré al personal de McKinney-Vento al **(941) 255-7480** en los cinco (5) días hábiles de cualquier cambio de residencia o la residencia del niño mencionado arriba.

Padre/Guardian/Acudiente/ Joven Solo: _____ **Fecha** _____

CCPS Miembro Firma: _____ Iniciales de la Escuela _____

Yo certifico que el nombre del estudiante mencionado arriba cualifica para el Programa de Nutrición Para Niño bajo la provisión del Acto McKinney- Vento.

Fecha

Firma McKinney-Vento Liaison

PLEASE FAX TO THE FAMILIES FIRST OFFICE UPON COMPLETION @ (941) 255-7483