



Distrito de Escuelas Secundarias Tolleson Union High

FORMULARIO DE INFORMACION MCKINNEY-VENTO

Copper Canyon La Joya Community Sierra Linda Tolleson Union Westview University High

Este formulario tiene la intención de dirigirse al requisito del Acta McKinney-Vento de Personas sin Hogar para Asistencia de Mejoramiento de la Educación de 2001 (P.L. 107-110) de que los niños sin hogar tengan acceso a la educación y otros servicios. El Acta McKinney-Vento declara específicamente que deben quitarse las barreras para la matrícula. En algunos casos, un niño/a o adolescente que está sin hogar por que no puede vivir con sus padres/guardianes.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/_____
(Apellido) (Nombre) (Mes/Día/Año)

ID del Estudiante _____ # SAIS del Estudiante _____ Grado _____

Dirección actual _____

Números de Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

El menor mencionado anteriormente vive en mi casa, y yo tengo 18 años de edad o mayor.

Nombre de quien lo/la cuida actualmente _____
(Apellido) (Nombre)

Proveedor de Cuidados es un Padre/Guardián Legal Pariente* No es pariente* Adolescente solo Fecha de Nacimiento ____/____/_____
(Mes/Día/Año)

*Si usted no es el padre/guardián legal del estudiante, por favor llene la siguiente información:

Licencia de Conducir del Estado o Número de Tarjeta de ID _____

Marque uno o ambos (Por ejemplo, se avisó a uno de los padres y no se pudo localizar al otro)

- He avisado a los padres u otra persona con custodia legal del menor de edad de mi intención de matricular a su hijo/a en la escuela y no he recibido ninguna objeción.
- No he podido ponerme en contacto con los padres o guardián legal en estos momentos para notificarlos de mi intención de matricular a su hijo/a en la escuela.

¿Dónde vive el estudiante en estos momentos? (Marque una de las casillas)

- Motel/Hotel
- Albergue
- A la intemperie en un lugar no designado para dormir normalmente (por ejemplo, carro, parque, campamento)
- Con más de una familia en una casa o apartamento (vivienda doble)

Indique todos los servicios que se necesitan:

Médicos Alimentos Servicios Asesoría Vestimenta Almuerzo Gratis/Reducido Transporte Otro (Indique a continuación) _____

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta en lo mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha ____/____/_____
(Padre/Guardia/Cuidador/Estudiante) (Mes/Día/Año)

Certifico que el estudiante mencionado anteriormente, en lo mejor de mi conocimiento, califica para todos los servicios del Título I, si es necesario, bajo el Acta McKinney-Vento.

Firma _____ Fecha ____/____/_____
(Enlace Escolar para Sin Hogar) (Mes/Día/Año)

cc: Padre/Guardián/Cuidador/Estudiante
 Registro/Archivo del Estudiante
 Enlace Escolar Para Sin Hogar
 Administrador de la Cafetería
 Especialista del Sistema de Información del Estudiante – Oficina del Distrito