

Dr. Laura P. Feijóo  
Superintendent of Schools

City School District of New Rochelle  
515 North Avenue  
New Rochelle, NY 10801



**Cuestionario: Estudiante/Familia/Domicilio**

Su hijo puede ser elegible para servicios educativos adicionales a través del Título I Parte A, Título I Parte C - Migrante, y / o Asistencia Federal McKinney-Vento. La elegibilidad se puede determinar completando este cuestionario.

Actualmente, ¿está usted y/o su familia en alguna de las siguientes situaciones?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> En un refugio  | <input type="checkbox"/> En un garage rentado debido a la pérdida de la vivienda   |
| <input type="checkbox"/> En un motel o hotel  | <input type="checkbox"/> Temporalmente con un adulto que no es el padre / tutor legal del niño, debido a la pérdida de la vivienda |
| <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda transicional                          | <input type="checkbox"/> En un edificio de habitaciones individuales   |
| <input type="checkbox"/> En una carro, trailer, o un campamento                           | <input type="checkbox"/> Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia debido a la pérdida de la vivienda.                |
| <input type="checkbox"/> En un trailer renatdo, una casa rodante en una propiedad privada | <input type="checkbox"/> Otro lugar no apto para habitación humana   |
| <input type="checkbox"/> Crianza temporaria   | <input type="checkbox"/> <b>Ninguna de las anteriores</b>  |

Es este arreglo temporal de vivienda debido a  La pérdida de vivienda  o dificultad económica  
 Fecha en la cual la familia se mudó a esta vivienda temporal: \_\_\_\_\_  
 Dirección anterior a la vivienda temporal: \_\_\_\_\_

<i>Nombre del estudiante</i>			<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Grado</i>	<i>Nombre de la escuela</i>
<i>Nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>M/F</i>			

El firmante certifica que la información proveída es correcta

---

Imprima nombre del padre/guardián	Firma	Fecha
-----------------------------------	-------	-------

---

Teléfono	Calle y No.	Ciudad	Estado	Código Postal
----------	-------------	--------	--------	---------------

**SCHOOL USE ONLY**

**\*Note to school personnel:** If any box above is checked, other than "none of the above" please refer family to District Liaison and fax this form to: Pupil Personnel Services, Dr. Rhonda Jones ay (914) 576-

**District McKinney-Vento Liaison:** Based on the above information, I certify that the above named student/family is eligible for benefits under the McKinney-Vento Act.

---

McKinney-Vento Liaison	Signature	Date
------------------------	-----------	------