



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PALM BEACH  
SERVICIOS DE APOYO

**Cuestionario sobre el Domicilio del Estudiante**

Este formulario se utiliza para determinar si sus hijos son elegibles para servicios y apoyo educativo adicional

<b>SIS DATA ENTRY</b>
H/CAUSE/UNAC Data Entry Completed (Print Clearly)
Date: _____
By: _____
PX #: _____

School Personnel: Forward this form to your Data Processor for SIS coding.  
Fax form to Support Services (561) 494-1539. If you have any questions, contact MVP at 494-1514 or PX 81514.

# de Ident. del Estudiante	Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado
----------------------------	---------------	----------	---------------------	---------	-------

Marque Sí o No a las siguientes declaraciones del 1 al 5:	SÍ*	NO	CÓDIGO
1. Mi familia vive en un albergue de emergencia o de transición o en una vivienda de FEMA.			A
2. Mi familia está compartiendo la vivienda de otros debido a la pérdida de la nuestra, a dificultades económicas o, por una razón similar, convivimos en la misma casa.			B
3. Mi familia está viviendo en un automóvil, un estacionamiento o campamento temporal de tráilers debido a la falta de acomodaciones alternativas; en un espacio público, en un edificio abandonado; en una vivienda deficiente, en una estación del autobús o tren, en un espacio público o privado no diseñado para los seres humanos o un ambiente similar.			D
4. Mi familia vive en un hotel o motel.			E
5. El estudiante es un joven no acompañado (que no está físicamente bajo la custodia de un padre o tutor).			Y/N

**\*\*\*SI USTED RESPONDIÓ "NO" A LAS ANTERIORES DECLARACIONES\*\*\*  
DETENGASE AQUÍ**

**\*Si usted marcó "SÍ" a cualquiera de las anteriores declaraciones, escriba claramente en letra de molde, firme y devuelva este formulario al miembro del personal escolar que le está ayudando.**

Nombre de uno de los Padres/Tutores (nombre, apellido)	Teléf. de uno de los Padres	Teléf. para Emergencias	Teléfono del Joven no Acompañado
Dirección Actual	Ciudad	Estado	Código postal

Haga una lista de todos los niños que están viviendo con usted desde preescolar hasta la secundaria. Si es necesario, utilice una hoja adicional.

# del Estudiante	Primer Nombre	Apellido	Fec. de Nac.	Género	Escuela	Grado

**Me gustaría ser referido para recibir ayuda en lo siguiente (marque lo que aplique):**

- Paquete Informativo   
  Consejería   
  Transporte Escolar   
  Apoyo Escolar   
  Otro: \_\_\_\_\_  
 Salud/Dental   
  Mat. Escolares   
  Uniformes Escolares   
  Centro de Recursos para Indigentes *Senator Lewis*

**Apoyo adicional y servicios educativos pueden estar disponibles para los estudiantes bajo la Ley McKinney-Vento.**

Para más información sobre la Ley McKinney-Vento y el Programa McKinney-Vento (MVP), visite nuestro sitio web en: [https://www.palmbeachschools.org/students\\_parents/mc\\_kinney-vento\\_program\\_m\\_v\\_p](https://www.palmbeachschools.org/students_parents/mc_kinney-vento_program_m_v_p)

Declaro, bajo pena de perjurio, conforme a las leyes de este estado, que la información aquí provista es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los Padres/Tutores o Joven no Acompañado

\_\_\_\_\_  
Fecha