Niños en Programas de Transición/ Formulario de Servicios Para Personas Sin Hogar

Nombre del Estudiante _____ _____ _____
(Nombre completo de inscripción) **Apellido** **Nombre** **Inicial del segundo nombre**

Hombre ◉ Mujer ◯ Grupo Étnico _____ Fecha de Nacimiento _____/_____/_____

ESCUELA _____ GRADO _____ FECHA _____/_____/_____

Las condiciones de vida de una familia sin hogar o homeless podrían incluir lo siguiente: vivir en un motel semanalmente, violencia doméstica o refugio para las personas sin hogares, hospedarse con alguien debido a condiciones financieras difíciles, vivir en el coche, camper, u otro lugar temporal.

Por favor marque todas las opciones que aplican a su situación actual:

Desempleado ☐ Desalojado ☐ Divorciado ☐ Enfermedad ☐ Encarcelado ☐ Hipoteca Reposeída ☐

Otro ☐ Por Favor, Especifique _____

Refugio Para Personas/Familias Sin Hogares/o Victimas de Violencia ☐ Nombre del Refugio: _____

Hotel ☐ Motel ☐ RV Park ☐ _____ _____
Nombre del hotel/motel/RV Park Cuarto/Número de Espacio

¿Está viviendo en compañía de otra familia? ☐ ¿Si es así, por qué? _____

¿Contribuye con dinero al hogar? Sí ☐ No ☐ Si es así, cuánto dinero Cero ☐ Meno de la mitad de renta ☐

Mitad ☐ Más que la mitad de la renta ☐ Otro ☐

¿Si el estudiante está viviendo con otra persona que no sean los padres, tiene esta persona la custodia legal del estudiante?
Sí ☐ No ☐

Institución ☐ Kids Kottage ☐ Otro ☐ Por Favor, Especifique _____

Esta el estudiante Abandonado ☐ Se ha ido de la casa ☐ No se encuentra acompañado(a) ☐

NOMBRE DEL PADRE/MADRE: _____ _____/_____
Teléfono Celular

Nombres de TODOS los Niños que asisten en el Distrito Escolar de Washoe:

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela_____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Apellido: _____ Primer Nombre : _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Apellido: _____ Primer Nombre : _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Nombre del TODOS los niños menores de cinco años (0- 5 años)

Apellido : _____ Primer Nombre : _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Apellido : _____ Primer Nombre : _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

Apellido : _____ Primer Nombre : _____ Fecha de Nacimiento _____ Escuela _____

SCHOOL CIT ADVOCATE: Complete information below and send original to CIT Office:
School Site # _____ School Year _____

Student ID: _____ Student Info (Please check those that apply): ELL ☐ IEP ☐ G&T ☐

CIT Site Advocate Signature _____ Principal Signature _____

Homeless Liaison Verification (CIT Office) _____ *Date* _____

REV 09/10