



Illinois State Board of Education

100 North First Street, E-240
Springfield, Illinois 62777-0001

MCKINNEY-VENTO EDUCACION PARA ESTUDIANTES SIN HOGAR FORMA COMÚN

DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE SERVICIO DE ROE/ISC

NOMBRE Y NÚMERO DEL DISTRITO		NOMBRE DE LA ESCUELA	
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	<input type="checkbox"/> HOMBRE <input type="checkbox"/> NIÑA	FECHA DE NACIMIENTO (mes-día-año)	NÚMERO DE SIS
PERSONA DE CONTACTO (Padres, Tutor, Otro)		JÓVEN(ES) NO ACOMPAÑADOS* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	GRADO (PREESCOLAR – 12)
DIRECCIÓN (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporario		TELÉFONO (Incluya el código de área)	PREESCOLAR DE 3 A 5 AÑOS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
RAZA: <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO/ISLEÑO PACÍFICO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO/NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> MULTI-RACIAL/ÉTNICO			

*Joven no acompañado - un joven que no está bajo la custodia física de un padre o tutor

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Complete sólo si muestra (1) la situación de vida actual de su hijo; o (2) si es un joven que no vive con un padre o tutor. Marque la casilla correspondiente:

<input type="checkbox"/> Refugio	<input type="checkbox"/> Con familiares u otras personas por falta de vivienda
<input type="checkbox"/> Motel/hotel, campamento u otra situación similar debido a la falta de una vivienda alternativa y adecuada por la pérdida de la misma	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> En una estación de tren o de autobús, en un parque, o en un coche	<input type="checkbox"/> Víctima de un desastre? Explique: _____
<input type="checkbox"/> Apartamento/edificio abandonado	

¿Hay una orden de protección actual o una orden de no contacto que concierna al estudiante: Sí No

La última escuela que asistió: _____

¿Es elegible para cualquier actividad o servicio educativo o escolar?

- Educación especial (IDEA) Aprendices de Inglés (ELL) Dotados y Talentosos Educación Vocacional Preescolar de 3 a 5 años
 Otro: _____

Posibles Barreras a la Educación

- Selección de escuela Transportación Registros Escolares Inmunizaciones u otros registros médicos
 Otro: _____

Servicios y Actividades Propuestas - 16 Servicios Permitidos bajo McKinney-Vento

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tutoría u otro apoyo educativo | <input type="checkbox"/> Evaluaciones aceleradas |
| <input type="checkbox"/> Referidos para servicios médicos, dentales y otros servicios de salud | <input type="checkbox"/> Desarrollo profesional/concienciación del personal Asistencia |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para la participación en programas escolares | <input type="checkbox"/> Transportación |
| <input type="checkbox"/> Obtención o transferencia de los registros necesarios para la matriculación | <input type="checkbox"/> Programas de infancia temprana - preescolar, Head Start |
| <input type="checkbox"/> Coordinación entre escuelas y agencias | <input type="checkbox"/> Antes y después de la escuela, tutoría, programas de verano |
| <input type="checkbox"/> Ropa para cumplir con un requisito escolar | <input type="checkbox"/> Educación para padres relacionados con los derechos/recursos |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia relacionada con la asistencia escolar | <input type="checkbox"/> Consejería |
| <input type="checkbox"/> Abordar las necesidades relacionadas con la violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Suministros escolares |
| <input type="checkbox"/> Remisión a otros programas y servicios | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Comentarios: _____

A mi entender, la información de este documento es exacta:

Nombre (por favor, escriba a máquina o con letra de imprenta)	ROE/LEA/Agencia
Título	Firma
	Fecha

Por favor, indique a continuación los niños a su cargo: (Adjunte hojas adicionales si es necesario.)

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO (mes-día-año)	SEXO		NIVEL DE GRADO	NOMBRE DE LA ÚLTIMA ESCUELA QUE ASISTIÓ	NOMBRE DE LA NUEVA ESCUELA
		H	M			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA FAMILIA (opcional)

SERVICIOS YA PRESTADOS

OTRA INFORMACIÓN