



Fecha: _____ **Niños(as) en Edad Escolar** (Por favor indique primero el Hijo (a) mayor)

Estudiante Apellido/Nombre	Fecha de Nacimiento	Educación Especial	Escuela Inscrita	Grado	Genero
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Niños (as) en Edad No Escolar (0 hasta los 3 años Apellido/ Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad Temprana	Escuela Inscrita		Genero
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
					<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Ultima Escuela que Asistió: _____

Vive Con:	Apellido/Nombre	Dirección (ciudad, estado, código postal)	Tel. Casa	Tel. Trabajo
<input type="checkbox"/> Padre				
<input type="checkbox"/> Madre				
<input type="checkbox"/> Otro				

Guardián Relativo En espera cuido de Crianza Otro (especifique) :

Servicios para Personas sin Hogar que Necesita la Familia:

Areas de Servicios Educativos & Relacionados:

- Transportación
- Utiles Escolares
- Ayuda con la Inscripción
- Tutoria /Apoyo Instruccional
- Asesoramiento (individual.o grupo)
- Cuota de Actividad
- Education Especial (Lista de Area(s):

- Programas para Estudiantes Talentosos
- Programas de Pre- Escolar
- Programas despues de Escuela
- Otros Idiomas Hablados (Bil/ESL)
- Se necesita registro de Salud Escolar
- Seguridad Especial/Problemas de Seguridad
- Problemas de Absentismo
- Otro

Especifique: _____

—

Areas en las que el Distrito brindará asistencia Familiar:

- Referencia para recursos de la comunidad
- Servicios medicos, Dentales y otros servicios de Salud
- Servicios de Salud Mental
- Comida y Ropa
- Apoyo a la Vivienda
- Abordar necesidades relacionadas con la violencia doméstica
- Educación de los padres relacionada con derecho/recursos
- Otro

Familia/Vida Estudiantil:

- Doubled-Up/*Razón _____
- En un motel/hotel
- En unrefugio/programa de vivienda transitoria
- Sin protección (e.j. carros, parques, etc.)
- En espera colocacion programa de crianza
- Niño o Joven Fugitivo
- Desconocido _____