



2024 - 2025

**Cuestionario de Residencia de Twin Rivers  
Bienestar Infantil y Oficina de Asistencia  
Servicios Estudiantiles**

*Su hijo puede ser elegible para recibir servicios educativos adicionales a través del Título 1, Parte A y/o asistencia federal McKinney-Vento. Su elegibilidad puede ser determinada al completar este cuestionario.*

Nombre del estudiante	Masculino/Femenino	Escuela	Grado	Fecha de nacimiento	Fecha de inscripción
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

**\*\*Otros niños en del hogar que no está inscrito en una escuela: Sí (Lista de nombres) No**

Nombre del niño	Nacimiento- 2 años	Nombre del niño	3-5 años

**1. ¿Dónde vive el niño o la familia actualmente? (Marque sólo una casilla)** Esta información será utilizada para determinar si su niño puede recibir asistencia adicional bajo la ley "Every Student Succeeds Act (ESSA) of 2016".

- A.** Alquilando o en contrato de renta de una vivienda unifamiliar
  - B.** Con una familia en una casa o apartamento debido a dificultades económicas
  - C.** En un refugio de emergencia o el programa de vivienda de transición.  
*Nombre del programa / Dirección :* \_\_\_\_\_
  - D.** En un motel:  
*Nombre del motel/Dirección/Número de habitación :* \_\_\_\_\_
  - E.** Sin alojamiento (p.ej., en automóvil, sitio de campamento, al aire libre, o en una estructura que no es para dormir)
  - F.** Vivienda que no es adecuada (p.ej., sin electricidad, sin agua potable, etc.)
  - G.** En un hogar de familia de crianza temporal o en un hogar de grupo
- Si marcó B a F, ¿su estudiante(s) necesita suministros escolares? Sí  No**

**2. El estudiante vive con:**

- Padres  Amigo(s)  Un pariente responsable
- Un adulto que no es el tutor legal  Solo sin adultos (jóven sin compañía)

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección actual dónde se está quedando: \_\_\_\_\_

**(Tiene que anotarla para calificar y recibir servicios)**

Número de teléfono/ mensajes: \_\_\_\_\_

**Personal escolar: Asegúrese de que toda la información está completa y luego escanee este formulario a Sheri Canfield (sheri.canfield@trusd.net) en la oficina de Bienestar Infantil y de Asistencia**