

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ANGELES
Oficina de Salud Estudiantil y Servicios Humanos

ANEXO G-1

Para ser completado por el personal de la escuela: Student's District ID#: _____ Sibling District#: _____ Sibling District#: _____

CUESTIONARIO SOBRE RESIDENCIA ESTUDIANTIL

El objetivo del Programa del LAUSD para la Educación de los Desamparados es atender eficazmente las necesidades de los estudiantes y las familias en transición, al proporcionar servicios de amparo y remisión que respalden una sensación de capacitación y estabilidad. Para determinar si su hijo cumple con los requisitos para estos servicios, sírvase completar el Cuestionario sobre Residencia Estudiantil y devolverlo a la "Main Office" (Oficina Principal) de la escuela de su hijo. Para información adicional, por favor contactar con el Homeless Education Program (Programa de Educación para los Desamparados) al (213) 765-2880.

Fecha: _____ Escuela: _____

Nombre de pila del estudiante: _____ Inicial 2do. nombre _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

hombre mujer Grado escolar: _____ Otro (por ej: Educación para Adultos) _____

Educación Especial: sí no Designación: _____

Dirección: _____ Apt. No.: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Nombre del Padre de Familia/Tutor Legal: _____ Número a contactar: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

El estudiante vive con:

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 padre de familia | <input type="checkbox"/> un pariente |
| <input type="checkbox"/> ambos padres | <input type="checkbox"/> solo, sin un adulto |
| <input type="checkbox"/> 1 de los padres y otro adulto | <input type="checkbox"/> un adulto que es no es el padre de familia o tutor legal |

Situación de Vivienda de los Estudiantes *(Marcar todo lo que pueda corresponder):*

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> En un albergue _____ | (nombre del albergue) |
| <input type="checkbox"/> En un hotel o motel _____ | (nombre del hotel/motel) |
| <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda de transición _____ | (nombre del programa) |
| <input type="checkbox"/> En un automóvil, caravana o campamento, temporalmente, debido a vivienda inadecuada | |
| <input type="checkbox"/> En una caravana/casa rodante alquilada en propiedad privada | |
| <input type="checkbox"/> En un edificio SRO (ocupación en habitación individual) | |
| <input type="checkbox"/> En un garaje alquilado debido a pérdida de la vivienda | |
| <input type="checkbox"/> Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia debido a pérdida de la vivienda, debido a problemas económicos (ej: pérdida del trabajo, desalojo, o catástrofe natural) | |
| <input type="checkbox"/> Temporalmente con un adulto que no es el padre de familia/tutor legal debido a pérdida de la vivienda | |
| <input type="checkbox"/> A la espera de asignación en una casa de crianza | |
| <input type="checkbox"/> Otros lugares no destinados para alojamiento, o generalmente usados como sitios comunes para que duerman seres humanos explicar) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Vive solo, sin ningún adulto | |
| <input type="checkbox"/> No procede nada de lo mencionado precedentemente | |

Si la situación de la vivienda cambia, por favor notificar a la escuela. Tal vez podamos proporcionar asistencia adicional.

Hermano/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Hermano/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Hermano/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Firma del padre de familia/Tutor Legal/Persona que proporciona atención o servicios: _____ Fecha: _____

Nombre y número de teléfono de la Oficina de Enlace para Desamparados del Plantel Escolar Designado:

Nombre	Cargo	Teléfono
--------	-------	----------

Personal escolar: Para cualquier opción no mencionada precedentemente que sea de aplicación, por favor enviar este formulario por fax al Programa para la Educación de los Desamparados, al (213) 765-3867.