



2025 - 2026

**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