



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 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:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Padres                             | <input type="checkbox"/> Amigo(s)                              | <input type="checkbox"/> Un pariente responsable |
| <input type="checkbox"/> Un adulto que no es el tutor legal | <input type="checkbox"/> Solo sin adultos (joven sin compañía) |  |

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

Dirección actual donde 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**