



DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE PASCO
Programa para Estudiantes en Transición (SIT)
Cuestionario para Elegibilidad del Estudiante

MIS 140-SPA
 Rev. 04/19

Estimados estudiantes/familias/cuidadores:

El Distrito Escolar del Condado de Pasco quiere asegurar que su hijo reciba la mejor educación posible. La información obtenida a través de este formulario nos ayudará a saber si su estudiante puede **recibir beneficios a través de la ley federal McKinney Vento**, que ayuda a los estudiantes que han sido temporariamente desplazados de su hogar por alguna razón. **FAVOR DE IMPRIMIR CLARAMENTE, COMPLETAR UNO POR FAMILIA, y devolver a la escuela del estudiante. Los estudiantes/familias/cuidadores DEBEN CONTACTAR LA OFICINA PARA ESTUDIANTES EN TRANSICIÓN EN RELACIÓN A LOS SERVICIOS QUE NECESITAN.**

SECCIÓN 1: Su vivienda es fija, regular y adecuada

- Renta/es dueño de la vivienda
- Vive con alguien (no debido a dificultades financieras)
- Vive en un hogar de acogida



SI SELECCIONÓ UNA DE ESTAS CONDICIONES, FAVOR DE NO COMPLETAR EL FORMULARIO.

SECCIÓN 2: Su vivienda NO es fija, regular y adecuada (complete todas las secciones a continuación)

¿Está viviendo en cualquiera de las siguientes circunstancias?

SÍ NO

- En un albergue de emergencia o transitorio (A)
- Viviendo temporariamente con otra familia por pérdida de la vivienda, dificultad financiera o razón similar (B)
- En un vehículo, campamento para remolques, edificio abandonado u otra vivienda inadecuada (D)
- En un motel/hotel debido a la pérdida de la vivienda, dificultad financiera o razón similar (E)

Razón para la vivienda temporera:

- Juicio hipotecario (M) Tornado (T) Tormenta tropical (S): nombre de la tormenta _____
- Desalojo Terremoto (E) Huracán (H): nombre del huracán _____
- Desempleo (O) Inundación (F) Desastre provocado por una persona (D)
- Fuego (W) Fuego selvático (W) Otro (N) _____

SECCIÓN 3: Imprima la dirección actual e información de contacto

Nombre del padre/madre/encargado legal: _____
 Dirección o localidad de la vivienda: _____
 Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

SECCIÓN 4: Información del estudiante

Escriba el nombre de TODOS los niños de edad escolar Y preescolar (3 y 4 años de edad) en su familia

Nombre	Número de estudiante	Fecha nacimiento	F/M	Grado	Escuela	Autobús**

**Asegúrese de señalar si el estudiante necesitará transportación hacia/desde la ESCUELA ORIGINAL

SECCIÓN 5: Los jóvenes no acompañados (viviendo solos) deben llenar esta sección

- El estudiante vive solo sin la compañía de un adulto (firmar la sección 6 abajo)
- El estudiante vive con un adulto que no es su padre/madre/encargado legal – llenar lo siguiente:

Nombre del encargado: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

SECCIÓN 6: Firmas

Con mi firma certifico que la información ofrecida es correcta. La ley de Florida 837.06 señala que quien haga una declaración falsa con la intención de engañar a un servidor público en el desempeño de sus funciones oficiales será culpable de un delito de segundo grado.

Nombre de la persona que llenó ese formulario (Imprima) _____ Firma de la persona que llenó este formulario _____ Fecha _____

DISTRIBUCIÓN:

- Todas las escuelas DEBEN mantener el original aparte del cartapacio acumulativo del estudiante para propósitos de auditoria durante el año.
- FAX DEL PROGRAMA SIT: (813) 794-2560

Debe enviarse inmediatamente por fax o correo electrónico a sitprogram@pasco.k12.fl.us