



**Student Residency Questionnaire 2021 -2022**

The information on this form is required to meet the law known as the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11434a(2), which is also known as Title X, Part C, of the No Child Left Behind Act. The answers you give will help determine the services the student may be eligible to receive. (Presenting a false record or falsifying records is an offense under Section 37.10, Penal code, and enrollment of the child under false documents subjects the person to liability for tuition or other costs. TEC Sec. 25.002(3) (d).)

Name of Student: \_\_\_\_\_  
 (last name) (first name) (Initial)

Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female

**PLEASE ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS:**

1. Is your current address a temporary living arrangement?  Yes,  No.
2. Is this temporary living arrangement due to loss of housing or economic hardship?  Yes,  No.

If you answered YES to question 1 or 2, please complete the remainder of this form.  
 If you answered NO, you may stop here

Where is the student presently living? (Check one box)

- In a hotel or motel
- In a shelter (examples: living in a family shelter, domestic violence shelter, children/youth shelter, FEMA housing)
- With more than one family in a house or apartment
- In transitional housing (housing that is available for a specific length of time only and is partly or completely paid for by a church, a nonprofit organization, or another organization)
- In a place not design for ordinary sleeping accommodations (examples: a tent, car, van, abandoned building, on the streets, at a campground, in the park, or other unsheltered location)

The student lives with:

- 1 Parent  Legal guardian
- 2 Parents  A relative, friend(s) or other adult
- Alone with no adult  An adult that is not related

Name of person with whom student resides: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

Home Phone #: \_\_\_\_\_ Cell Phone #: \_\_\_\_\_ Other Emergency #: \_\_\_\_\_

Length of Time at Present Address: \_\_\_\_\_ Length of Time at Previous Address: \_\_\_\_\_

Last District Attended: \_\_\_\_\_ Last School Attended: \_\_\_\_\_

Please provide the following information for school-age siblings (brothers and/or sisters) of the student:

Name	Grade Level	School	District

Signature of Parent/Legal Guardian/Caregiver/Unaccompanied Student \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*For School Use, Only*

Preliminary qualification <input type="checkbox"/> Yes, <input type="checkbox"/> No.	Registrar's Signature: _____	Date _____
I certify the above-named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provision of the McKinney-Vento Act. McKinney-Vento Liaison Signature: _____		Date _____



## Cuestionario Sobre la Residencia del Estudiante 2021-2022

La información en este formulario se requiere para cumplir con los requisitos establecidos en la ley conocida como McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11434a (2), la cual también se conoce como Título X, Parte C, del Acta *No Child Left Behind*. Las respuestas que usted proporciona ayudarán a que el personal identifique los servicios que su hijo(a) puede recibir. (Es un delito reportar información falsa o falsificar documentos. Estos delitos son penalizados bajo la Sección 37.10 del Código Penal. Al inscribir a un niño con documentos falsos la persona responsable está obligada a cubrir el pago de colegiatura o cualquier otro costo relacionado. TEC Sec. 25.002(3)(d).

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial intermedio

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

**Por favor conteste las siguientes preguntas:**

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)?  Yes,  No.
2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de su casa, vivienda o habitación, o debido a algún problema económico (*ejemplo: desempleo*)?  Yes,  No.

Si usted contesto SI a una de estas preguntas, por favor complete el resto de este formulario  
 Si usted contesto no a estas preguntas, NO siga.

¿Dónde se encuentra viviendo el estudiante actualmente? (Marque una opción)

- En un hotel o motel
- En un albergue (*por ejemplo: un albergue familiar, albergues para víctimas de violencia doméstica, albergue infantil/juvenil, viviendas FEMA*)
- Con más de una familia en una casa o apartamento
- Moviéndose de lugar en lugar
- En un lugar no designado para dormir (*por ejemplo: una tienda de campaña, auto o camioneta, edificio abandonado, en la calle, en un parque público, o en cualquier lugar que normalmente no se considera una habitación*)

El estudiante vive con:

- 1 Padre
- Tutor legal
- 2 Padres
- Un familiar, amigo(s) u otro adulto
- Solo sin ningún adulto
- Un adulto que no es padre o tutor legal

Nombre de la persona con quien vive el estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa #: \_\_\_\_\_ Celular #: \_\_\_\_\_ Emergencias #: \_\_\_\_\_

Tiempo de vivir en esta dirección: \_\_\_\_\_ Tiempo de vivir en la dirección anterior a la presente: \_\_\_\_\_

Última asistencia del estudiante: Distrito escolar: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Por favor proporcione la siguiente información para los hermanos y hermanas de edad escolar del estudiante:

Nombre	Grado Escolar	Escuela	Distrito Escolar

Firma del Padre/Guardián/Proveedor de Cuidado/ o Estudiante –si no acompañado

Fecha

<i>Para uso exclusiva de la Escuela</i>		
Preliminary qualification <input type="checkbox"/> Yes, <input type="checkbox"/> No.	Registrar's Signature: _____	Date _____
I certify the above-named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provision of the McKinney-Vento Act. McKinney-Vento Liaison Signature: _____		Date _____