

Escuelas del Condado de Guilford  
McKinney-Vento / Cuestionario y Formulario de Referencia para Familias con Vivienda en Transición  
(Utilice un formulario separado para cada estudiante.)

**¿Está usted experimentando inestabilidad en la vivienda?**

Responder las siguientes preguntas ayudará a determinar los servicios educativos que su estudiante puede recibir según la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La Ley McKinney-Vento brinda servicios y apoyo a niños y jóvenes sin hogar. Por favor escriba el nombre del estudiante y la escuela en la parte inferior de cada página.

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombres

Género: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

GCS Student ID: \_\_\_\_\_ Current School \_\_\_\_\_ Grade (2024-25 SY) \_\_\_\_\_

**ETNICIDAD:**  Hispano / latino  No hispano / latino **¿Tiene el estudiante un IEP o 504?** \_\_\_ IEP \_\_\_ 504

**Raza:**  Negra/afroamericana  Asiática  Blanca  India americana/nativa de Alaska  Nativa hawaiana/isleña del Pacífico

**Marque las casillas que mejor describan con quién reside el estudiante: (Nota: la tutela legal sólo puede ser concedida por un tribunal).**

Padre(s)  Tutor legal  Cuidadores que no son el Tutor legal  Jóvenes no acompañados

**Información de padres/tutores** (Si el estudiante no está acompañado, omita el nombre del padre/tutor, pero complete la información de la dirección)

Nombre de la persona con quien vive el estudiante (Nombres y Apellidos) \_\_\_\_\_

Dirección actual \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo llevas en esta dirección? \_\_\_\_\_

¿Es esto un refugio, vivienda de transición u hotel?  Sí  No Si es así, proporcione el nombre. \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **School Name:** \_\_\_\_\_

(This should be completed by the person completing the form.)

2024-2025  
 ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE  
 CONDADO DE GUILFORD

Dirección de envío \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_

Métodos de comunicación preferidos (puede seleccionar más de uno):  Llamada telefónica  Correo  Correo electrónico  Texto

¿Necesita un intérprete? Si es así, ¿en qué idioma? \_\_\_\_\_

**Proporcione la siguiente información para cualquier otro niño en el hogar que no asista a una escuela de GCS y que tenga edades comprendidas entre recién nacido y los 21 años.**

Nombre del estudiante	Edad	Fecha de nacimiento	Género	Raza	Nombre de la escuela o programa Head Start

**\* Por favor complete la referencia de Early Head Start/Head Start para mi hijo.**  Si  No

**Selección de escuela:**

Deseo que mi hijo continúe en su escuela actual durante el año escolar 2024-25.

Escuela actual (escuela de origen) \_\_\_\_\_

Deseo inscribir a mi hijo en la nueva escuela de la dirección en la que me encuentro actualmente.

Escuela de Nueva Residencia \_\_\_\_\_

He recibido alojamiento permanente después del primer día de clases y me gustaría que mi hijo complete el año escolar en:

Escuela actual \_\_\_\_\_

Escuela de la Nueva Residencia \_\_\_\_\_

**El estudiante pertenece a familias en transición debido a:** *(Consulta todas las aplicaciones)*

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **School Name:** \_\_\_\_\_  
*(This should be completed by the person completing the form.)*

2024-2025  
ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE  
CONDADO DE GUILFORD

<input type="checkbox"/> Compartir vivienda con familiares o amigos por pérdida de vivienda por dificultades económicas, incendio, etc. (R1)	<input type="checkbox"/> Vivir en un coche, parque, edificio abandonado, infravivienda, estación de autobús o tren, etc. (R4)
<input type="checkbox"/> Vivir en un motel, hotel, parque de casas rodantes o lugar para acampar debido a la falta de alojamiento alternativo (R2)	<input type="checkbox"/> Joven no acompañado o refugiado (R6)
<input type="checkbox"/> Vivir en un refugio de emergencia, vivienda de transición o abandonado en un hospital (R3)	<input type="checkbox"/> Otro motivo (indique otro motivo en los comentarios)
<input type="checkbox"/> <b>Alojamiento permanente (R*99)</b>	

**Comentarios sobre vivienda:**

---



---

**Necesidades de los estudiantes:** *(Marque todo lo que corresponda)*

<input type="checkbox"/> Suministros escolares	<input type="checkbox"/> Transporte a la escuela
<input type="checkbox"/> Ropa	<input type="checkbox"/> Consejería/Salud Mental
<input type="checkbox"/> Tutoría	<input type="checkbox"/> Referencia para atención médica, vacunas, dental o de la vista.
<input type="checkbox"/> Asistencia en vacaciones	<input type="checkbox"/> Higiene/Necesidades Básicas
<input type="checkbox"/> Referencia al banco de alimentos/despensa	<input type="checkbox"/> Otros

**Comentarios sobre las necesidades:** \_\_\_\_\_

---

**Solicitud de transporte para estudiantes en transición:**

Solicitud de transporte inicial

Dirección actualizada

Permanecer en la escuela actual

Cambiar de escuela

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **School Name:** \_\_\_\_\_

*(This should be completed by the person completing the form.)*

2024-2025  
ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE  
CONDADO DE GUILFORD

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

ID del Estudiante #: \_\_\_\_\_

Nombre de escuela: \_\_\_\_\_

Mi estudiante **no necesita** transporte.

Mi estudiante necesitará transporte hacia y desde las siguientes direcciones. *(Si el niño está en un centro de cuidado infantil, incluya el nombre, la dirección y el número de teléfono del centro.)*

Dirección para recogerlo por la mañana: \_\_\_\_\_

Dirección para dejarlo por la tarde: \_\_\_\_\_

**Una vez que esta solicitud se envíe al Departamento de Transporte, se hará todo lo posible para organizar el transporte dentro de los cinco días hábiles.**

### **Recibo de admisión de la Ley McKinney-Vento y declaración de perjurio**

Marque para indicar la recepción de una copia de la Ley McKinney-Vento de Asistencia para Personas sin Hogar. La Ley McKinney-Vento también se encuentra en el sitio web del Distrito en [www.gcsnc.com](http://www.gcsnc.com).

Los estudiantes que viven en algunas situaciones de transición **pueden** calificar como personas sin hogar. La elegibilidad la determina el personal de la oficina del Programa de Educación para Personas sin Hogar (HEP) del Distrito y debe renovarse cada año escolar.

¿Declara bajo pena de perjurio según las leyes de este estado que la información que proporcionó aquí es verdadera, correcta y de su conocimiento personal?  Si  No **Inicial del padre/estudiante** \_\_\_\_\_

**GCS Staff** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Firma del padre, tutor o joven no acompañado:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

\*\*\* Recordatorio: Complete el registro de SchoolMint para nuevos estudiantes en [gcsnc.schoolmint.net](http://gcsnc.schoolmint.net) \*\*\*

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **School Name:** \_\_\_\_\_  
*(This should be completed by the person completing the form.)*

2024-2025  
ESTADO DE CAROLINA DEL NORTE  
CONDADO DE GUILFORD

Para obtener más información, comuníquese con la Oficina de Servicios para Personas sin Hogar y Apoyo Comunitario al 336-621-4042. Los formularios completos deben enviarse por fax al Programa de Educación para Personas sin Hogar al 336-375-2564 o escanearse y enviarse por correo electrónico a homeless\_services@gcsnc.com

**\*\* Se enviará una respuesta de elegibilidad/negación al padre/tutor/estudiante no acompañado a través de una carta del trabajador social escolar después de la entrevista de seguimiento. Una copia de la carta también estará archivada en la escuela de asistencia.**

De conformidad con las leyes federales, las Escuelas del Condado de Guilford administran todos los programas educativos, actividades laborales y admisiones sin discriminación por motivos de raza, religión, origen nacional o étnico, color, edad, servicio militar, discapacidad o género, excepto cuando la exención sea apropiada y esté permitida por ley. Consulte la Política de Ambiente Libre de Discriminación AC de la Junta de Educación para obtener una declaración completa. Las consultas o quejas deben dirigirse a 120 Franklin Boulevard, Greensboro, NC 27401.

**\*\*\*\*\*FOR SCHOOL SOCIAL WORKER AND DATA MANAGER TO COMPLETE\*\*\*\*\***

**Social Worker:**

Student Residency Survey/Intake Completed on: (Date) \_\_\_\_\_

Is the student eligible for MV services?  Yes  No If not, why ?

\_\_\_\_\_

**Data Manager:** Student Program code entered in PowerSchool on: (Date) \_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\*FOR HEP OFFICE TO COMPLETE\*\*\*\*\***

Date student was entered in the Federal Data Base: \_\_\_\_\_

Date student was added to HEP Tracking Tool \_\_\_\_\_

Has the transportation screen been updated/verified?  Yes  No

Date sent to transportation (if needed): \_\_\_\_\_

- School Selection:  School of Origin in Attendance Zone  
 School of Origin Out of Attendance Zone  
 School in New Attendance Zone

Date the eligibility letter was sent to attending school: \_\_\_\_\_

**Student Name:** \_\_\_\_\_ **School Name:** \_\_\_\_\_ 5

*(This should be completed by the person completing the form.)*