



# HUNTINGTON BEACH UNION HIGH SCHOOL DISTRICT

5832 Bolsa Avenue • Huntington Beach, California 92649  
(714) 903-7000 FAX (714) 372-8105

**Board of Trustees:**  
Bonnie Castrey  
Duane Dishno  
Susan Henry  
Kathleen Iverson  
Michael Simons

**Gregory S. Plutko, Ed.D., Superintendent of Schools**

## McKinney Vento Homeless Education Assistance Act – Confidencial

Este formulario le ayuda al personal escolar en el cumplimiento de pautas legales para la inscripción escolar de los niños que cumplen con los criterios de elegibilidad para los servicios proporcionados bajo la Ley de McKinney-Vento para Ayuda Educativa (Título X, Parte C de la Ley Que Ningún Niño Se quede Atrás).

### POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre)

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

Nombre del Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre)

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Celular, Hogar, o Trabajo

### **POR FAVOR MARQUE UNA DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES DE VIVIENDA QUE APLICAN AL ESTUDIANTE:**

En un refugio temporal o programa de vivienda asistida (nombre del programa: \_\_\_\_\_)

Hotel o motel (nombre del hotel o motel: \_\_\_\_\_)

Un campamento, parque, o en el auto (por favor explique: \_\_\_\_\_)

Esperando colocación para crianza temporal

Otras circunstancias (por favor explique: \_\_\_\_\_)

Debido a dificultades económicas o la pérdida de vivienda, ahora alquila o vive con otros (por favor explique \_\_\_\_\_)

Elige compartir o alquilar el hogar o apartamento con otras personas

En su propia casa, casa alquilada, o apartamento (solamente una familia)

Si usted y/o su hijo están experimentando cualquiera de las susodichas condiciones de vivienda, por favor llene, y regrese este formulario a las escuelas para poder ayudarle. Si desea que esta información sea confidencial, por favor entrégelo al buzón de los Psicólogos de Apoyo Estudiantil en su escuela.

Firma Paternal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor devuelva el formulario a la oficina escolar o al Psicólogo de Apoyo Estudiantil en su escuela.

*Our mission is to maximize learning for every student by providing an educational environment in which students thrive and become creative, responsible, and collaborative critical thinkers prepared for college, career and global citizenship.*