

McKINNEY-VENTO Region 8 Homeless Education Form

McKINNEY-VENTO STUDENTS IN TRANSITION CONFIRMATION FORM

This is to verify that, for as long as my child(ren) is/are eligible for McKinney-Vento Education Program Services, I give permission to the McKinney-Vento Education staff or representative to provide supplemental tutoring, health, and supportive services to my child(ren), and to transport them for these services, if necessary. I am willing to assume full responsibility for my child(ren)'s safety in connection with McKinney-Vento Education-funded or related activities.

I also hereby authorize the public or private school district as well as vision, health, and dental service providers to release to the McKinney-Vento Education Program all records relating to my child(ren), including

Student Name (first & last)	
Gender	
Date Of Birth	
School ID Number (SID)	
Grade	
Current District & Current School Attending	
Previous Home District	
Date Student Was Identified In Transition (homeless)	
Homeless Primary Residence (doubled up, hotel/motel etc.)	
Unaccompanied Youth Status (yes/no)	
Unaccompanied Immigrant Youth (yes/no)	
Special Ed (yes/no)	
Limited English Proficient (yes/no)	
Migrant Status (yes/no)	
Exit Date (if applicable)	

academic, medical and/or Child Study Team information.

Signature of Parent/Guardian

Date

Parent/Guardian's Name: _____

Present Address: _____

Present Phone Number: _____

FORMULARIO DE CONFIRMACION PARA ESTUDIANTES EN TRANSICION DE MCKINNEY-VENTO

Por este medio verifico que, mientras que mi(s) niño(s) sea(sean) elegible(s) para los Servicios del Programa de Educación McKinney-Vento, doy permiso al personal o al representante de Educación McKinney-Vento para que provea clases suplementarias con tutor, y servicios de salud y de apoyo a mi(s) niño(s), y para transportarle(s) para estos servicios, si es necesario. Estoy dispuesto(a) para asumir toda la responsabilidad por la seguridad de mi(s) niño(s) en conexión con las actividades realizadas con fondos de Educación McKinney-Vento

o relacionadas a dicha educación.

También autorizo por este medio al distrito escolar público o privado, así como también a los proveedores de servicios de visión, salud y dental, el acceso a todos los récords de mi(s) niño(s) en el Programa de Educación McKinney-Vento de la, incluyendo información médica y/o del Equipo de Estudio del Niño.

Nombre y Apellido de Estudiante	
Sexo	
Fecha de Nacimiento	
Número de Identificación Escolar (en Inglés <i>SD</i>)	
Grado	
Distrito Actual y Escuela a la que Asiste(n) en el Presente	
Distrito De Su Vecindario Previo	
Fecha En La Que Estudiante(s) Fue(ron) Identificado(s) (sin vivienda)	
Residencia Primaria De Desamparado(s) (comparte(n) cuarto, o está(n) en hotel/motel etc.)	
Estado De Joven Sin Acompañante (si/no)	
Jóven Inmigrante Sin Acompañante (si/no)	
Educación Especial (si/no)	
Habilidad Limitada En Inglés (si/no)	
Estado De Migrante (si/no)	
Fecha De Salida (si eso aplica)	

Firma de Padre, Madre o Encargado

Fecha

Nombre de Padre, Madre o Encargado: _____

Dirección Actual: _____

Número Telefónico Actual: _____