THE DEPARTMENT OF EARLY EDUCATION AND CARE
SUBSIDIZED CHILD CARE / CUIDADO DE NIÑOS SUBSIDIADO
CHILD/FAMILY RESIDENCE QUESTIONNAIRE / CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DEL NIÑO/LA FAMILIA

ÚNICAMENTE PARA FINES INFORMATIVOS - NO COMPLETAR EL FORMULARIO TRADUCIDO

Es posible que su familia pueda usar la falta de hogar como una necesidad de servicio para el cuidado de niños subsidiado si su familia y/o su hijo cumplen con la definición de falta de hogar de la ley federal McKinney-Vento. La elegibilidad se puede determinar completando este cuestionario.

Fecha: _____

Nombre del Padre/Madre: _____

Dirección completa del Padre/Madre: _____

Número de Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

COMPLETAR LAS SIGUIENTES SECCIONES:

1. ¿Tiene un hijo/a que viva con usted que en la actualidad esté inscripto/a en una escuela pública de Massachusetts? Sí ☐ No ☐

¿En qué distrito/s escolar/es (p. ej. Boston, Lawrence) está inscripto/a su hijo/a?

_____

2. En la actualidad, ¿se encuentra usted y/o su familia en alguna de las siguientes situaciones? *(Leer a continuación)*
Sí ☐ No ☐

A. Vivo en un refugio (refugio familiar, refugio de violencia doméstica, refugio de jóvenes) o vivienda móvil de FEMA
B. Comparto el hogar de otros debido a una pérdida de hogar, problemas económicos o un motivo similar
C. Vivo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro lugar no adecuado
D. Temporalmente vivo en un motel u hotel debido a pérdida de hogar, problemas económicos o un motivo similar

ESCRIBA EL NOMBRE DE CADA NIÑO/A DE SU GRUPO FAMILIAR E INCLUYA NOMBRE COMPLETO, FECHA DE NACIMIENTO (*de corresponder*), NOMBRE DE LA ESCUELA (*de corresponder*):

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	NOMBRE DE LA ESCUELA

Certifico bajo pena de perjurio que la información es correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que esta certificación de falta de hogar es a los efectos del cuidado de niños del EEC únicamente y que no podrá utilizarse para documentar la falta de hogar para ningún otro fin.

Firma del/de la Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____