



**BEACON CITY SCHOOL DISTRICT
ADMINISTRATIVE OFFICES**

10 EDUCATION DRIVE
BEACON, NEW YORK 12508
PHONE 845-838-6900
FAX 845-838-6905

MRS. ANN MARIE QUARITONI
Deputy Superintendent

MR. ERIK WRIGHT
Assistant Superintendent of Curriculum
& Student Support

DR. MATTHEW LANDAHL
Superintendent of Schools

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre de LRE: Beacon City School District

Estudiante: Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____

Género: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: ___/___/___ Grado: ___ Escuela: _____
Mes Dia Año (Pre-escolar -12)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

¿El estudiante tiene hermanos/as en el distrito de escuela?: Si (complete Apéndice) No

La respuesta que ud. provea debajo ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su niño/a podrían recibir bajo el Acto McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos bajo el Acto McKinney-Vento tienen derecho a inscripción inmediata en la escuela incluso si no tienen los documentos requeridos normalmente, como prueba de residencia, récords escolares, récords de vacunas, o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos bajo el Acto MCKinney-Vento podrían también tener derecho a transportación y otros servicios.

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (Por favor marque una opción solamente)

- En un refugio
- Con otra familia u otra persona debido a pérdida de residencia o como resultado de dificultad económica (referido a veces como *double up*)
- En un hotel/motel
- En un auto, parque, bus, tren o campus
- Otro tipo de situación de vivienda (por favor describa) _____
- En una vivienda permanente

En letra de molde Nombre de Padre/Guardián **Q** de estudiante si es un Menor Sin Hogar No Acompañado

Firma Nombre de Padre/Guardián **Q** de estudiante si es un Menor Sin Hogar No Acompañado

Fecha

Para uso de oficina solamente - For office use only

Circle One: New to District Re-Entry New Address Change of Guardian

Student ID No.: _____ Private School: _____

Student require transportation: Yes No Drop off/Pick-up address: _____

Social Worker Signature: _____ Date of Verification: _____

