



To be completed by school personnel:  
Student's District ID#: \_\_\_\_\_

### STUDENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

*The goal of the LAUSD Homeless Education Program is to effectively serve students and families in transition, providing advocacy and referral services that foster a sense of empowerment and stability. To determine if your child is eligible for these services, please complete the Student Residency Questionnaire and return it to the Main Office at your child's school. For additional information, please contact the Homeless Education Program at (213) 202-7581.*

Date: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_ ESC: \_\_\_\_\_  
Student First Name: \_\_\_\_\_ M.I.: \_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ D.O.B.: \_\_\_\_\_  Male  Female  
Grade: \_\_\_\_\_ Other (i.e. Adult Ed.) \_\_\_\_\_ Special Ed:  yes  no Designation: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_ Apt #: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_ Contact Number: \_\_\_\_\_

The student(s) lives with:

- 1 parent
- 2 parents
- 1 parent & another adult
- a relative
- an adult that is not the parent or legal guardian
- alone with no adults

**Student's Living Situation** (Check all that may apply):

<input type="checkbox"/> <b>In</b> a shelter _____ (name of shelter) <input type="checkbox"/> <b>In</b> a motel or hotel _____ (name of motel/hotel) <input type="checkbox"/> <b>In</b> a transitional housing program _____ (name of program) <input type="checkbox"/> <b>In</b> a car, trailer or campsite, <b>temporarily due to inadequate housing</b> <input type="checkbox"/> <b>In</b> a rented trailer/motor home on private property <input type="checkbox"/> <b>In</b> a SRO (Single Room Occupancy) <b>building</b> – a multiple tenant <b>building</b> consisting of individual rooms with <b>shared restrooms and/or kitchens</b> (not an apartment building or a one bedroom) . <input type="checkbox"/> <b>In</b> a rented garage <b>due to loss of housing</b> <input type="checkbox"/> <b>Temporarily</b> in another family's house or apartment <b>due to loss of housing, due to financial problems (e.g. loss of job, eviction, or natural disaster)</b> <input type="checkbox"/> <b>Temporarily</b> with an adult that is not the parent/legal guardian <b>due to loss of housing</b> <input type="checkbox"/> <b>Awaiting</b> foster placement <input type="checkbox"/> <b>Other</b> places not designed for, or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings (explain) _____ <input type="checkbox"/> <b>Living</b> alone, without any adult (unaccompanied youth)	<p style="color: red; text-align: center;"><b>IF YOU CHECKED ANY OF THESE BOXES, PLEASE COMPLETE BOTH SIDES OF THIS FORM.</b></p> <p style="text-align: center; color: red;">⇒ ⇒ ⇒</p>
--	--



**None of the above apply – NO FURTHER INFORMATION REQUIRED AT THIS TIME. If your housing situation changes, please notify your child's school.**

-----AFFIDAVIT-----By  
*signing this form, I declare under penalty of the laws in the State of California that the foregoing is true and correct. In addition, I understand that the District reserves the right to verify the above listed residence information.*

Signature of Parent/Legal Guardian/Caregiver: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



Student Name \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Please list all siblings between the ages of birth and 22 years old. Complete a separate SRQ for each child.

Name	Birthdate	Age	Grade	School

**The McKinney-Vento Homeless Assistance Act, part of No Child Left Behind, entitles all homeless school-aged children access to the same free, appropriate public education that is provided to non-homeless youth. Schools are required to remove barriers to the enrollment, attendance, and success of homeless students in school.**

The Homeless Education Program may be able to provide assistance in the following areas. Please check areas of need, if any:

<input type="checkbox"/> School Supplies	<input type="checkbox"/> Backpacks	<input type="checkbox"/> Hygiene Kits
<input type="checkbox"/> Early Childhood Education/Pre-school Programs	<input type="checkbox"/> Assistance for a Homeless Teen Parent	<input type="checkbox"/> Educational Advocacy
<input type="checkbox"/> Transportation Assistance	<input type="checkbox"/> Other: _____	

**IF YOU ARE REQUESTING TRANSPORTATION ASSISTANCE, PLEASE SIGN THE AFFIDAVIT OF NEED BELOW.**

I, \_\_\_\_\_, need assistance from LAUSD as I have no alternate means to deliver my child to school. I agree to have my child attend school every day and on time. I also agree to notify the District if our situation changes or we no longer require this assistance. I understand that my child must meet the eligibility criteria for transportation assistance and I must comply with sign-in and supervision requirements.

Parent/Guardian's Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**TO BE COMPLETED BY SCHOOL SITE HOMELESS LIAISON**

**School-Site Homeless Liaison can provide referrals in the following areas:**

Please check areas of need, if any

<input type="checkbox"/> School Attendance	<input type="checkbox"/> School Clothing/Uniforms	<input type="checkbox"/> Free Breakfast/Lunch Program
<input type="checkbox"/> Tutoring	<input type="checkbox"/> Counseling	<input type="checkbox"/> Medical/Dental/Health
<input type="checkbox"/> Academic Evaluation	<input type="checkbox"/> Food Pantries	<input type="checkbox"/> Other: _____

Liaison: Please check here if you provided the parent/guardian with the requested referrals. If you need assistance with referrals, please refer to your Homeless Liaison Training Manual or contact the Homeless Education Program at (213) 202-7581.

School Site Homeless Liaison Name	Title	Phone	Email
-----------------------------------	-------	-------	-------

- School Personnel:
  - The Student Residency Questionnaire (SRQ) must be kept in a confidential file which is separate from the Permanent Student Record.
  - For any choices except none of the above apply, please fax this form (both sides) to the Homeless Education Program at (213) 580-6551.

**(For Homeless Education Program Use Only)**

Student has current SRQ on file.  YES  NO - SRQ required to process request.

Student is living within his/her school's residence boundaries.  NO  YES - If yes, student does not qualify for transportation assistance.

Student is eligible for transportation.  YES \_\_\_\_\_  NO \_\_\_\_\_

Transportation Request Processed By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If transportation is denied, a denial letter will be sent to the School-Site Homeless Liaison. Parent/guardian can appeal.



### CUESTIONARIO SOBRE LA RESIDENCIA ESTUDIANTIL

Esta parte la debe llenar el personal escolar.  
Student's District ID#: \_\_\_\_\_

*La meta del Programa del LAUSD para la Educación de los Alumnos sin Hogar consiste en servir de manera eficaz a los alumnos y familias en transición, al proporcionar defensa y servicios de remisión que fomenten la sensación de poder y estabilidad. Para determinar si su hijo(a) reúne los requisitos para recibir estos servicios, sírvase llenar el Cuestionario sobre la Residencia Estudiantil y devolverlo a la oficina principal de la escuela de su hijo(a). Para mayores informes, haga el favor de comunicarse con el Programa de Educación para los Alumnos sin Hogar al (213) 202-7581.*

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

Nombre del alumno(a): \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre :\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nacido(a) \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Grado: \_\_\_\_\_ Otro (por ej., Educación para Adultos.) \_\_\_\_\_ Educ. Especial:  sí  no Designación: \_\_\_\_\_


Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono para contactos: \_\_\_\_\_

El alumno vive con:

- el padre o la madre
- el padre o la madre y otro adulto
- un adulto que no es el padre de familia ni el tutor de familia
- el padre y la madre
- un pariente
- solo(a), sin adultos

*Situación en que vive el alumno (Marque todas las respuestas que correspondan):*

<input type="checkbox"/> En un refugio _____ (nombre del refugio) <input type="checkbox"/> En un motel u hotel _____ (nombre del motel u hotel) <input type="checkbox"/> En un programa de vivienda de transición _____ (nombre del programa) <input type="checkbox"/> En un auto, tráiler o lugar de acampamento, <b>debido a vivienda inadecuada</b> <input type="checkbox"/> En un tráiler/caravana fija alquilados, ubicados en propiedad privada <input type="checkbox"/> En un edificio de SRO (lugar de un solo cuarto)– un edificio de inquilinos múltiples con cuartos individuales <u>con baños y/o cocinas compartidos</u> (que no sea un edificio de apartamentos o un solo dormitorio) <input type="checkbox"/> En un garaje alquilado <b>debido a la pérdida de alojamiento</b> <input type="checkbox"/> Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia <b>debido a la pérdida del alojamiento o problemas económicos.</b> (Por ejemplo, pérdida del empleo, desalojamiento o desastre provocado por la naturaleza) <input type="checkbox"/> Temporalmente con un adulto que no sea el padre, la madre o el tutor legal, <b>debido a la pérdida del alojamiento</b> <input type="checkbox"/> En espera de la asignación a un hogar de crianza <input type="checkbox"/> Otros lugares no diseñados ni usados normalmente para el alojamiento y el dormitorio de seres humanos (Sírvase explicar) _____ <input type="checkbox"/> Viviendo solo sin adulto (joven no acompañado)	 <p><b>SI UD. MARCÓ CUALQUIERA DE ESTAS CASILLAS, HAGA EL FAVOR DE LLENAR AMBOS LADOS DE ESTE FORMULARIO</b></p> <p>⇒ ⇒ ⇒</p>
--	---

Ninguna de las situaciones descritas arriba corresponde – NO SE NECESITA INFORMACIÓN ADICIONAL POR AHORA. Si la situación de su vivienda cambia, haga el favor de avisarle a la escuela.

-----AFFIDÁVIT-----

*Al firmar este formulario, declaro so pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que la información proporcionada arriba es cierta y correcta. Entiendo que el Distrito se reserva el derecho de verificar la información sobre la vivienda que figura arriba.*

Firma del padre de familia, tutor legal o persona que proporciona servicios : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Nombre y apellido del alumno \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Sírvase enumerar a todos los hermanos entre las edades de recién nacido hasta los 22 años. Llene un formulario por cada niño.

Nombre y apellido	Nacido/a	Edad	Grado	Escuela

**La Ley McKinney-Vento sobre la Ayuda a las Personas sin Hogar, como parte de la ley Que Ningún Niño Quede Atrasado, les da el derecho a todos los niños sin hogar en edad escolar a tener acceso a la misma educación pública gratuita y apropiada que se les proporciona a los alumnos que sí tienen hogar. Las escuelas tienen la obligación de suprimir las barreras a la matriculación, asistencia y éxito de los alumnos de la escuela sin hogar.**

El Programa de Educación para los Alumnos sin Hogar tal vez pueda proporcionar ayuda con los siguientes artículos. Haga el favor de marcar los aspectos en que usted experimente necesidad, si los hay:

<input type="checkbox"/> Materiales escolares	<input type="checkbox"/> Mochilas	<input type="checkbox"/> Botiquines de higiene
<input type="checkbox"/> Programas preescolares y de los primeros años de la infancia	<input type="checkbox"/> Ayuda para un padre o madre adolescente sin hogar	<input type="checkbox"/> Defensor educativo
<input type="checkbox"/> Ayuda con el transporte	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

**SI USTED SOLICITA AYUDA CON EL TRANSPORTE, SÍRVASE FIRMAR EL AFFIDÁVIT DE NECESIDAD A CONTINUACIÓN.**

Yo, \_\_\_\_\_, necesito la ayuda del LAUSD puesto que no tengo otro medio de llevar a mi hijo(a) a la escuela. Acepto hacer que mi hijo asista a la escuela todos los días puntualmente. También acepto notificarle al Distrito si nuestra situación cambia o si ya no necesitamos ayuda. Entiendo que mi hijo(a) debe cumplir con los requisitos pertinentes para recibir ayuda con el transporte y que debo cumplir con la obligación de firmar mi asistencia y las obligaciones de supervisión.

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ESTA PARTE LA DEBE LLENAR LA PERSONA DE ENLACE DE LA ESCUELA CON LAS PERSONAS SIN HOGAR**

El Enlace del Plantel Escolar puede proporcionar remisiones a los siguientes servicios. Favor de marcar los aspectos en que necesite ayuda, si los hay:

<input type="checkbox"/> Asistencia escolar	<input type="checkbox"/> Ropa/Uniformes escolares	<input type="checkbox"/> Programa de desayunos y almuerzos gratis
<input type="checkbox"/> Tutoría	<input type="checkbox"/> Asesoramiento	<input type="checkbox"/> Atención médica/dental/de salud
<input type="checkbox"/> Evaluación académica	<input type="checkbox"/> Lugares de distribución de alimentos gratis	<input type="checkbox"/> Otro: _____

Liaison: Please check here if you provided the parent/guardian with the requested referrals.  
If you need assistance with referrals, please refer to your Homeless Liaison Training Manual or contact the Homeless Education Program at (213) 202-7581.

School Site Homeless Liaison Name	Title	Phone	Email

School Personnel:

- The Student Residency Questionnaire (SRQ) must be kept in a confidential file which is separate from the Permanent Student Record.
- For any choices except none of the above apply, please fax this form (both sides) to the Homeless Education Program at (213) 580-6551.

**(For Homeless Education Program Use Only)**

Student has current SRQ on file.	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO - SRQ required to process request.
Student is living within his/her school's residence boundaries.	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES - If yes, student does not qualify for transportation assistance.
Student is eligible for transportation.	<input type="checkbox"/> YES _____	<input type="checkbox"/> NO _____

Transportation Request Processed By \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

If transportation is denied, a denial letter will be sent to the School-Site Homeless Liaison. Parent/guardian can appeal