

Additional Family Information

Date form completed _____

Child's Name _____

Child's Date of Birth _____

Name of person completing form _____ Relationship to child _____

• **McKinney-Vento Homeless Assistance Act:**

The McKinney-Vento Homeless Assistance Act is a federal law that provides funds for homeless shelter programs and offers protections for homeless school-age children. We have been asked by local school districts to collect information about homelessness. Your answers below will also help us offer our services appropriately and efficiently.

Presently, where does the child live? (check all that apply)

- Sharing housing with another family because of economic hardships or loss of housing
- In a emergency or transitional housing program
- In a motel, hotel, trailer park, or campground
- In a car, park, public space without water or heat
- Temporary Foster Care placement (waiting for Foster Care placement)
- Migratory children living in any of the above situations
- None of the above
- I decline to respond

• **Other agencies serving your child any time in the last year** (check all that apply):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Babies First | <input type="checkbox"/> Developmental Disabilities | |
| <input type="checkbox"/> CaCoon | <input type="checkbox"/> Early Head Start | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> CDRC | <input type="checkbox"/> Family Resource Managers | <input type="checkbox"/> Mental Health |
| <input type="checkbox"/> Children, Adults & Families (DHS) | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Private Therapist |
| <input type="checkbox"/> Community Preschool | <input type="checkbox"/> Head Start Pre-Kindergarten (OPK) | <input type="checkbox"/> Respite |
| <input type="checkbox"/> County Health Nurse | <input type="checkbox"/> Migrant Head Start | <input type="checkbox"/> Safety Net |
| <input type="checkbox"/> Child Care Program | <input type="checkbox"/> Healthy Start | <input type="checkbox"/> WIC |
| | | <input type="checkbox"/> Other Agency |

• **Race and Ethnicity** (check all that apply):

White Black Asian Native Hawaiian or Pacific Islander American Indian or Alaskan Native Latino/a?

Once complete, give page 2 to family and return page 1 to the evaluation team or the child's service coordinator. The second page offers additional information about McKinney-Vento as well as a list of local resources.

This information will remain confidential.

Thank you!!

Evaluation Team: Please include with the distribution packet

Service Coordinators: Please submit this form with the Placement half sheet

Información Adicional de la Familia

Fecha que llenó el formulario _____

Nombre del niño/a _____

Fecha de nacimiento del niño _____

Nombre de la persona que llenó el formulario _____ Relación con el niño _____

• Ley McKinney-Vento para Ayudar a los Indigentes:

La ley McKinney-Vento para ayudar a los indigentes es una ley federal que provee fondos para los programas de alberges para los indigentes y ofrece protección para los niños indigentes de edad escolar. Los distritos escolares locales nos han pedido recaudar información acerca de los indigentes en el Condado de Washington. Su respuesta abajo también nos ayudara a ofrecerle nuestros servicios apropiada y efectivamente.

Actualmente, ¿dónde vive el niño? (Marque todos los que aplican)

- Compartiendo vivienda con otra familia por dificultad económica o pérdida de vivienda
- En un programa de vivienda de emergencia o transicional
- En un motel, hotel, parque de viviendas móviles o parque de campamento
- En un auto, parque, espacio público sin agua o calefacción
- Ubicación Temporal de Cuidado de Crianza (En espera para ubicación temporal de cuidado de crianza)
- Niños migratorios que viven en cualquiera de las situaciones mencionadas arriba
- Ninguno de los mencionados arriba
- Me niego a responder

• Otras agencias que le proporcionaron servicios a su hijo en algún momento en el último año (Marque todos los que aplican):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Babies First | <input type="checkbox"/> Early Head Start | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> CaCoon | <input type="checkbox"/> Directores de Recursos Familiares | <input type="checkbox"/> Mental Health |
| <input type="checkbox"/> CDRC | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Terapeuta privado |
| <input type="checkbox"/> Children, Adults & Families (DHS) | <input type="checkbox"/> Head Start Pre-Kindergarten (OPK) | <input type="checkbox"/> Respite |
| <input type="checkbox"/> Preescolar de la comunidad | <input type="checkbox"/> Migrant Head Start | <input type="checkbox"/> Safety Net |
| <input type="checkbox"/> Enfermera del condado | <input type="checkbox"/> Healthy Start | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Programa de cuidado infantil | | <input type="checkbox"/> Otra agencia |
| <input type="checkbox"/> Discapacidades del desarrollo | | |

• Raza y Etnicidad (Marque todos los que aplican):

Blanco Negro Asiático Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico Indio Americano o Nativo de Alaska Latino

Once complete, give page 2 to family and return page 1 to the evaluation team or the child's service coordinator. The second page offers additional information about McKinney-Vento as well as a list of local resources.

Esta información se mantendrá confidencial.

¡¡Gracias!!

Equipo de evaluación: Por favor inclúyalo con el paquete de distribución

Coordinadores de servicios: Por favor entregue este formulario con la media página de ubicación