



**QUESTIONÁRIO SOBRE HABITAÇÃO DO ESTUDANTE (SHQ, na sigla em inglês)**

A Lei de Assistência aos Sem-teto McKinney-Vento, parte da Every Student Succeeds Act (Lei de Desempenho Bem-Sucedido de Todos os Estudantes), concede a todas as crianças em idade escolar que vivem em situação de rua acesso à mesma educação pública gratuita e apropriada que é fornecida a jovens que não fazem parte desse grupo. As escolas são obrigadas a eliminar as barreiras à matrícula, frequência e êxito acadêmico dos alunos em situação de rua. Para determinar a elegibilidade, preencha este formulário. Para obter informações adicionais, entre em contato com o Departamento de Educação para Sem-Teto no telefone (213) 202-7581.

Nome do aluno:		Sobrenome do aluno:		Data de nascimento:	Gênero:
Distrito local:	Escola:	Campus/Local:	Série:	ID do distrito do aluno:	
Endereço:		Complemento:	Cidade:	CEP:	
Nome do pai/responsável:			Número de contato:		
O aluno é: (marque todas as opções aplicáveis): <input type="checkbox"/> um adolescente que tem filho(a)? <input type="checkbox"/> um jovem desacompanhado? <input type="checkbox"/> um fugitivo?					
O aluno mudou de escola em algum momento após concluir o segundo ano do ensino médio? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Se sim, encaminhe uma cópia do SHQ ao conselheiro acadêmico da escola para elegibilidade AB1806.					



O aluno está morando atualmente em uma das opções de residência noturna listadas abaixo?

SIM  NÃO



Se você respondeu "NÃO" a esta pergunta, PARE e assine abaixo. Se você respondeu "SIM", preencha o restante do formulário.

**MARQUE (✓) UMA DAS OPÇÕES DE RESIDÊNCIA NOTURNA QUE MELHOR DESCREVA A SUA ATUAL SITUAÇÃO DE VIDA DEVIDO À PERDA DE HABITAÇÃO:**

Abrigo (exemplo: sem-teto, violência doméstica etc.) Nome: _____	Dormitório ou hotel Nome: _____
Garagem (não convertida)	Carro, trailer ou acampamento
Temporariamente na casa ou apartamento de outra família	Temporariamente com um adulto que não sejam os pais ou responsável
Programa de Habitação de Transição Nome: _____	Trailer/motor home em propriedade privada
Outros locais <u>NÃO</u> designados ou normalmente usados como acomodação regular para dormir de seres humanos Explique: _____	

O aluno precisa de serviços?  SIM  NÃO

Em caso afirmativo, verifique os serviços solicitados.

Mochila/material escolar  Kits de higiene  Auxílio transporte \*

\*Se você está solicitando assistência com transporte, leia e assine a declaração abaixo:

Preciso da assistência do LAUSD, pois não tenho meios alternativos para levar meu filho à escola. Eu concordo que meu filho frequente a escola todos os dias e no horário. Também concordo em notificar o distrito se nossa situação mudar ou se não precisarmos mais dessa assistência. Entendo que meu filho deve atender aos critérios de elegibilidade para obter assistência de transporte e devo cumprir os requisitos de inscrição e supervisão.

Se o transporte for negado, o contato da escola com os sem-teto será notificado. Os pais/responsável podem apelar.

Rubricas dos pais/responsáveis: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

O aluno precisa de um encaminhamento para recursos adicionais?  SIM  NÃO

Se sim, verifique as referências solicitadas.

Assistência de vestuário: Calçados, roupas, uniformes  Tutoria  Indicações de moradia  Assistência para um adolescente que tem filho(a)

\*\*\*O contato designado da escola com os sem-teto deve conversar com a família para facilitar as referências solicitadas\*\*\*

Seu contato designado da escola com os sem-teto é:

Nome	Cargo	Telefone	E-mail
------	-------	----------	--------

Você tem outras crianças em idade pré-escolar e/ou escolar em casa?  SIM  NÃO

Se sim, preencha um SHQ adicional. Todos os irmãos devem ter um SHQ arquivado na escola.

**DECLARAÇÃO JURAMENTADA** – Ao assinar este formulário, declaro, sob pena das leis do Estado da Califórnia, que o que precede é verdadeiro e correto. Além disso, entendo que o Distrito se reserva o direito de verificar as informações de residência listadas acima.

Assinatura do pai/responsável legal/cuidador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**AVISO À ESCOLA:**

- ✓ Após a conclusão, envie um fax para (213) 580-6551 OU digitalize e envie o SHQ por e-mail para o seu distrito local correspondente: shqldc@lausd.net, shqldc@lausd.net, shqldne@lausd.net, shqldnw@lausd.net, shqlds@lausd.net ou shqldw@lausd.net
- ✓ SHQ DEVE ser mantido em um arquivo CONFIDENCIAL, que é separado do registro permanente do aluno (este formulário NÃO deve ser colocado no arquivo cumulativo).