

## STUDENT SERVICES QUESTIONNAIRE

School: \_\_\_\_\_

Student Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_

### 1. Did your child receive any special help at his/her last school?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Special Education (RSP, Speech, Special Day Class placement) | <input type="checkbox"/> Help to improve attendance |
| <input type="checkbox"/> Bilingual Services   | <input type="checkbox"/> Help to improve behavior   |
| <input type="checkbox"/> Counseling   | <input type="checkbox"/> Homeless Services          |
| <input type="checkbox"/> Student Success Team Meeting                                 | <input type="checkbox"/> Tutoring                   |
| <input type="checkbox"/> Other: _____   | <input type="checkbox"/> 504 Accommodations         |

### 2. Has your child ever been retained (held back)?

- Yes  No **If yes**, what grade? \_\_\_\_\_

### 3. Has your child ever been expelled?

- Yes  No **If yes**, for what reason? \_\_\_\_\_

What district? \_\_\_\_\_

Is the expulsion cleared?  Yes  No

### 4. Where is your child/family currently living? (Check **one** box only.)

This information will be used to determine if your child qualifies for any additional assistance under the No Child Left Behind Act of 2001.

- In a single family residence
- With more than one family in a house or apartment due to economic hardship
- In a shelter or transitional housing program
- In a motel, car or campsite
- In a foster care placement
- Other: \_\_\_\_\_

---

Parent/Guardian Signature

Date

**Thank you for taking the time to fill out this form. We look forward to working with you to help your child be successful in school!**

# CUESTIONARIO DE SERVICIOS AL ESTUDIANTE

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

## 1. ¿Recibió su hijo(a) alguna ayuda especial en su escuela anterior?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Educación especial (Resource Specialist Program —RSP, habla, colocación en clase especial) | <input type="checkbox"/> Ayuda para mejorar la asistencia     |
| <input type="checkbox"/> Servicios bilingües  | <input type="checkbox"/> Ayuda para mejorar el comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Asesoría psicológica   | <input type="checkbox"/> Servicios para personas sin hogar    |
| <input type="checkbox"/> Reunión del Equipo del Éxito Escolar   | <input type="checkbox"/> Ayuda con las tareas escolares       |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  | <input type="checkbox"/> Arreglos de acuerdo a 504            |

## 2. ¿Repitió su hijo/a algún grado?

- Sí  No Si la respuesta es “Sí”, ¿qué grado? \_\_\_\_\_

## 3. ¿Alguna vez fué expulsado su hijo/a?

- Sí  No Si la respuesta es “Sí”, ¿por qué razón? \_\_\_\_\_

¿En qué distrito? \_\_\_\_\_ ¿Está resuelta la expulsión? \_\_\_\_\_

## 4. ¿Dónde vive actualmente su hijo/familia? (Marque sólo **una** casilla.) Esta información se empleará para determinar si su hijo/a califica para recibir ayuda adicional de conformidad con la Ley para que Ningún Niño se Quede Atrás (No Child Left Behind Act) de 2001.

- En una residencia unifamiliar
- Con más de una familia en la misma casa o apartamento debido a dificultades económicas
- En un refugio o programa de vivienda transitoria
- En un motel, automóvil o campamento
- En un alojamiento de cuidado tutelar
- Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Muchas gracias por dedicar unos minutos de su tiempo para llenar este formulario.  
¡Esperamos trabajar con usted para ayudar a su hijo/a  
a que tenga éxito en la escuela!**