

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!**