



College Prep Public Schools

**STUDENT SERVICES
MCKINNEY-VENTO REFERRAL FORM**

_____ SCHOOL YEAR

Student's Last Name _____ Student's First Name _____

NCWise # _____ Current School _____

Grade _____ DOB _____ Enrollment date at Current School _____

List other children in home that are between the ages of 0-21 and indicate if they are attending a private (PK) program or are Out of School (OS):

1. Name of Child _____ Date of Birth _____

Race _____ Ethnicity _____ Status: PK or OS

Address _____ City/State _____ ZIP Code _____

2. Name of Child _____ Date of Birth _____

Race _____ Ethnicity _____ Status: PK or OS

Address _____ City/State _____ ZIP Code _____

Mother's Name _____ Home Phone _____

Mother's Place of Employment _____ Work Phone _____

Father's Name _____ Home Phone _____

Father's Place of Employment _____ Work Phone _____

Emergency Contact _____ Phone _____

Emergency Contact _____ Phone _____

*****SPECIAL TRANSPORTATION REQUEST FOR STUDENT EXPERIENCING HOMELESSNESS*****

Please check one:

- I wish to have my child continue in his/her current school for the remainder of the current school year.
School of Origin: _____
- I wish to enroll my child at the new school for the address at which I am currently staying.
School of Residence: _____

Parent has requested student attend School of Origin.

Effective Date: _____ Termination Date: _____

School of Origin _____ Telephone Number _____

KIPP:ENC

College Prep Public Schools

Disability/Medical Concerns/Special Instructions: _____

Directions to Pick-up/Drop-off Location: _____

Student's Last Name _____ Student's First Name _____

Student is homeless due to:

- Sharing the housing of other people due to loss of housing because of economic hardship, fire, etc.
- Living in a motel, hotel, trailer park, or camping ground due to lack of alternative accommodations
- Living in emergency shelter or transitional housing, abandoned in the hospital, or awaiting foster care placement
- Is living in a car, park, abandoned building, substandard housing, bus or train station, etc.
- Unaccompanied Youth or Runaway

Please indicate if the child is receiving any of the following support services:

- Exceptional Children
- English as a Second Language
- Gifted and Talented
- 504

Please indicate if the student needs any of the following education support services:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Transportation | <input type="checkbox"/> Clothing to meet school requirement |
| <input type="checkbox"/> Free School Breakfast and Lunch Program | <input type="checkbox"/> School supplies |
| <input type="checkbox"/> Assistance with school enrollment | <input type="checkbox"/> Obtaining/transferring records for enrollment |
| <input type="checkbox"/> Emergency assistance related to school attendance | <input type="checkbox"/> Assistance with participation in school programs (ESL, Title I, EC, 504 etc.) |
| <input type="checkbox"/> Referral to the Student Assistance Team | <input type="checkbox"/> Referral to before-school/after-school mentoring |
| <input type="checkbox"/> Expedited evaluations | <input type="checkbox"/> Referral to preschool/early childhood programs |
| <input type="checkbox"/> Tutoring or other instructional support | <input type="checkbox"/> Addressing needs related to domestic violence |
| <input type="checkbox"/> Parent education related to rights/resources for children | <input type="checkbox"/> Coordination between schools and agencies |
| <input type="checkbox"/> Referrals to community agencies | <input type="checkbox"/> Referrals for medical, dental, and other health services (Immunizations, eyeglasses, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Counseling (i.e. Mental Health, etc.) | <input type="checkbox"/> Adult Education Program |
| <input type="checkbox"/> Payment of fees | <input type="checkbox"/> School Social Work |
| <input type="checkbox"/> School Counseling | <input type="checkbox"/> Other (specify) |
| <input type="checkbox"/> Other (specify) | |

List any barriers to enrollment and the success of this child:

I understand that this application pertains to the child's enrollment at KIPP ENC for the current school year only. I further understand that if the information provided is false, the child may be removed from the school. The school will give notice of an opportunity to appeal the removal in accordance with KIPP ENC policy.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

Witness _____ Date _____

(Signature must be witnessed by a school employee)



College Prep Public Schools

SERVICIOS ESTUDIANTILES
FORMULARIO DE REFERENCIA MCKINNEY-VENTO

AÑO ESCOLAR

Apellido de estudiante Primer nombre de estudiante

NCWise # Escuela Corriente

Grado Fecha de Nacimiento Fecha de inscripción en escuela corriente

Enumerar los otros niños entre las edades 0-21 e indicar o si asisten a una escuela privada o no asisten a la escuela:

1. Nombre de niño Fecha de Nacimiento

Raza Etnicidad Estatus: Escuela privada No asiste a la escuela

Dirección Ciudad/Estado Código Postal

2. Nombre de niño Fecha de Nacimiento

Raza Etnicidad Estatus: Escuela privada No asiste a la escuela

Dirección Ciudad/Estado Código Postal

Nombre de Madre Teléfono de casa

Empleo de Madre Teléfono de trabajo

Nombre de Padre Teléfono de casa

Empleo de Padre Teléfono de trabajo

Contacto de Emergencia Teléfono

Contacto de Emergencia Teléfono

SOLICITUD DE TRANSPORTACIÓN ESPECIAL PARA ESTUDIANTES SIN HOGAR

Por favor, marcar uno:

- Deseo que mi hijo continúe en su escuela actual por el resto del año escolar actual.
Escuela de origen:
Deseo inscribir a mi hijo/a en la nueva escuela para la dirección en la que estoy actualmente.
Escuela de residencia:

Padre ha pedido que el estudiante asista a la escuela de origen.

Fecha efectiva: Fecha de conclusión:

Escuela de origen Número de teléfono



College Prep Public Schools

Discapacidad/preocupaciones médicas /instrucciones especiales: _____

Instrucciones para recoger/dejar estudiante: _____

Apellido de estudiante _____ Primer nombre de estudiante _____

Estudiante no tiene hogar porque:

- Comparte la vivienda de otras personas debido a la pérdida de vivienda por causa de dificultades económicas, incendios, etc.
- Vive en un motel, hotel, parque de remolques, o campando debido a la falta de alojamientos alternativos
- Vive en refugio de emergencia o viviendo en transición, está abandonado en el hospital, o está en espera de colocación de cuidado de crianza temporal
- Vive en un automóvil, parque, edificio abandonado, vivienda deficiente, estación de autobús o tren, etc.
- Es un joven desacompañado o fugitivo

Por favor, indicar si el estudiante recibe algunos de los servicios abajo:

- Niños Excepcionales
- Inglés como idioma segundo
- Dotado y talentoso
- 504

Por favor, indicar si el estudiante necesita cualquier de los servicios abajo para su educación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Transportación | <input type="checkbox"/> Ropa para cumplir con los requisitos de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Desayuno y almuerzo gratis | <input type="checkbox"/> Útiles de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Asistencia con matrícula escolar | <input type="checkbox"/> Obtención / transferencia de registros para la inscripción |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia relacionada con la asistencia escolar | <input type="checkbox"/> Asistencia con participación en programas escolares (ESL, Título I, EC, 504, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Referencia al Equipo de Asistencia Estudiantil | <input type="checkbox"/> Referencia a la tutoría antes de la escuela o después de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Evaluaciones aceleradas | <input type="checkbox"/> Referencia a programas de preescolar / temprana infancia |
| <input type="checkbox"/> Tutoría u otro apoyo de instrucción | <input type="checkbox"/> Abordar las necesidades relacionadas con la violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Educación del padre relacionada con los derechos / recursos para los niños | <input type="checkbox"/> Coordinación entre escuelas y agencias |
| <input type="checkbox"/> Referencias a agencias comunitarias | <input type="checkbox"/> Referencias para servicios médicos, dentales, y de otra servicios de salud (e.g. inmunizaciones, anteojos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Consejería (es decir, salud mental, etc.) | <input type="checkbox"/> Programa de educación de adultos |
| <input type="checkbox"/> Pago de tasas | <input type="checkbox"/> Trabajo social escolar |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento Escolar | |
| <input type="checkbox"/> Otra (especificar) | |

Haga una lista de los obstáculos a la inscripción y al éxito de este niño:

Entiendo que esta solicitud se refiere a la inscripción del niño en KIPP ENC solamente para el año escolar en curso. Además entiendo que si la información proporcionada es falsa, el niño puede ser removido de la escuela La escuela dará aviso de una oportunidad de apelar la remoción de acuerdo con la política de KIPP ENC.

Firma de Padre/Guardian _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____

(Firma tiene que ser atestiguada por un empleado de la escuela)