



SANTA MONICA-MALIBU UNIFIED SCHOOL DISTRICT

# FORMULARIO DE SERVICIOS PARA ESTUDIANTES INDIGENTES

Email para [fdussan@smmusd.org](mailto:fdussan@smmusd.org)

**Favor de llenar todo el formulario.**

Estudiante (Apellido)	Nombre	Grado	Escuela
Adulto (Apellido)	Nombre	Relación al Estudiante Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/>	
Número de Teléfono	Otro Número de Teléfono en Caso de Emergencia		
Fecha de Llegada al Lugar Temporal	Duración Esperada de la Estadía		
Domicilio Presente	Ciudad, Estado	Código Postal	
Domicilio Anterior Permanente y Fecha			

## MARCAR LA OPCIÓN QUE MEJOR DESCRIBE SU ALOJO NOCTURNO:

- En un albergue (nombre del albergue) \_\_\_\_\_
- En un motel u hotel (nombre del motel/hotel) \_\_\_\_\_
- En un programa de vivienda de transición (nombre del programa) \_\_\_\_\_
- En un coche, trailer o campamento temporalmente debido a vivienda inadecuada
- En un trailer/caravana (*motor home*) en propiedad privada
- En una cochera/garaje por haber perdido su vivienda
- Temporalmente en la casa o apartamento de otra familia por haber perdido su vivienda, debido a problemas financieros (por ej., pérdida de trabajo, desalojo o desastre natural)
- Temporalmente con un adulto que no es un padre/tutor legal por haber perdido su vivienda.
- Otros lugares no diseñados o normalmente usados para dormir por seres humanos (explicar): \_\_\_\_\_

## Favor de proporcionar a continuación información sobre los niños de edad escolar a su cargo.

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	Grado	Última escuela a la que asistió	Última fecha de asistencia	Educación especial Sí o No

- ¿Es el alumno un padre/madre adolescente?  Sí  No ¿Es el alumno un joven no acompañado?  Sí  No  
 ¿Es un alumno que abandonó el hogar?  Sí  No

# Formulario de servicios para estudiantes indigentes

**AVISO: Puede que haya otras tarifas escolares en el futuro que no pueda pagar. Si esto sucede, puede pedirle al director de la escuela que lo exenten de las tarifas.**

**Servicios disponibles para su(s) hijo(s). Marque los servicios que necesitan.**

SERVICIOS BASADOS EN LA ESCUELA

- Ayuda con la inscripción
- Ayuda para obtener expedientes escolares
- Tutoría o ayuda con la tarea
- Implementación del IEP o Plan 504
- Solicitud de comidas del colegio (Gratis/Precio reducido)
- Útiles escolares
- Transporte (Pases de autobús/Fichas) \*

SERVICIOS DE REMISIÓN

- Medical, dental, ojos
- Comestibles
- Ropa
- Servicios sociales
- Cuidado después de clases
- Otro \_\_\_\_\_

Favor de indicar cualquier otro problema o duda sobre la enseñanza de su hijo:  
 Trataremos de contestar su(s) pregunta(s). También trataremos de resolver cualquier problema escolar que su niño pueda tener.

---



---



---

**Firma del Padre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**\*SI ESTÁ SOLICITANDO TRANSPORTE, FIRME LA DECLARACIÓN JURADA ABAJO.**  
**Necesito que el SMMUSD me ayude porque no tengo otra manera de llevar a mi niño a la escuela. Estoy de acuerdo con que mi niño llegue cada día a la escuela a tiempo. También estoy de acuerdo con notificar al Distrito si nuestras circunstancias cambian o si ya no necesitamos esta ayuda.**

**Firma del Padre/Tutor Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**AVISO AL PADRE/TUTOR:** Si por alguna razón la escuela no le proporciona los servicios solicitados, deberá comunicárselo a usted por escrito. Usted tiene derecho de apelar cualquier negación de inscripción, transporte o exención de tarifas. Cuando este formulario sea llenado, le deberán dar una copia de él y un Formulario de Apelación en blanco. Si la escuela no le da una copia del formulario, por favor solicite una.

\*\*\*\*\*

For uso interno solamente:

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

Nombre del alumno \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_



**Formulario de apelaciones de servicios para alumnos indigentes**  
*Llene solo si le rechazan la solicitud de colocación*

Estudiante (Apellido)	Nombre	Grado	Escuela
Adulto (Apellido)	Nombre	Relación al estudiante Padre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/>	
Domicilio presente::		Hotel: ¿Tiene recibos de hotel? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Agencia/Albergue:		¿Tiene una carta de una Agencia/Albergue?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Número de teléfono		Otro número de teléfono en caso de emergencia	
Fecha de llegada al lugar temporal:		Duración esperada de la estadía:	
Domicilio anterior permanente:		Ciudad, Estado	Código postal
Fecha del domicilio anterior permanente:			

**Tiene derecho de apelar si le niegan la inscripción, transporte, servicios o exención de tarifas.**

Favor de llenar el formulario y enviarlo a:

**Dr. Francisco Dussan, Director of Pupil Services**  
**1717 4th Street**  
**Santa Monica, CA 90401**  
**(310) 450-8338, Ext. 70-217**  
**Email: fdussan@smmusd.org**

Describa la razón de su solicitud:

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha(s) del intento de inscripción/solicitudes: \_\_\_\_\_

Nombre del personal con quien usted habló: \_\_\_\_\_