

# INTAKE FORM McKinney Program

Date \_\_\_\_\_

Name of Student \_\_\_\_\_ PSD ID# \_\_\_\_\_

School \_\_\_\_\_ Title I Y N Special Ed Y N

Siblings / Schools \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Name of Parent(s) / Guardians \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

School of Origin (Where did student start school this year?) \_\_\_\_\_

Current living situation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Student needs:

\_\_\_\_\_ School supplies      \_\_\_\_\_ Childcare      \_\_\_\_\_ Clothing / Hygiene items

\_\_\_\_\_ Medical Explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Transportation due to change in housing situation Explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

School contact name/email for transportation arrangements \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Other Explain \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Family emergencies/needs: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Resources currently received:

\_\_\_\_\_ SSI      \_\_\_\_\_ Medicare      \_\_\_\_\_ Private medical insurance

\_\_\_\_\_ Food stamps      \_\_\_\_\_ Medicaid      \_\_\_\_\_ Other

\_\_\_\_\_ TANF      \_\_\_\_\_ CHP+

Additional information/concerns: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE ADMISION**  
**Programa McKinney**

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ # ID PSD \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Título I S N Educ. Especial S N

Hermanos /Escuelas \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre del/los Padre(s) de Familia /Representantes \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Escuela de Origen (¿Dónde comenzó este año el estudiante la escuela?) \_\_\_\_\_

Situación actual del hogar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El estudiante necesita:

\_\_\_\_\_ Implementos escolares \_\_\_\_\_ Guardería \_\_\_\_\_ Ropa/ artículos de higiene

\_\_\_\_\_ Servicios médicos Explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Transporte debido a cambio en la situación del hogar Explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de contacto en la escuela/correo electrónico para arreglos de transporte \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Otro Explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emergencias/necesidades familiares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Recursos que actualmente recibe:

\_\_\_\_\_ SSI \_\_\_\_\_ Medicare \_\_\_\_\_ Seguro medico privado

\_\_\_\_\_ Cupones de alimentos \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Otro

\_\_\_\_\_ TANF \_\_\_\_\_ CHP+

Información/comentarios adicionales: \_\_\_\_\_