



Kings County Office of Education

Todd Barlow - County Superintendent of Schools

McKinney-Vento Breaking Barriers Referral Form

Fecha: _____

Nombre : _____ Grado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Ultimos 4 dígitos N° de SS : _____ Padre/Guardian: _____

Sexo : Femenino Masculino Otro

Fecha de Nacimiento: _____ Ultimos 4 dígitos N° de SS _____

Dirección: _____

Raza: _____ Etnicidad: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____

Esta el estudiante inscrito en la escuela ? Si No

Esta el padre/Guardián discapacitado? Si No

Nombre de la escuela: _____

El padre/guardián recibe ayuda monetaria? Si No

Es el estudiante un joven no acompañado?

Tiene el niño o la familia cobertura de seguro medico?

Si No

Si No

Es el estudiante un fugitivo?

Si es haci, cual: _____

Si No

Donde esta viviendo el niño/a o la familia actualmente viviendo? (Marque solo una casilla)

<input type="checkbox"/> Motel/Hotel	<input type="checkbox"/> Refugio temporal/Vivienda de transición
<input type="checkbox"/> Temporalmente-Duplicado con otra familia.	<input type="checkbox"/> Deficiente- Vivienda no apta para vivir o dormir
<input type="checkbox"/> Temporalmente desprotegido/Auto, carpa o casa móvil	<input type="checkbox"/> Niños migrantes con la situación de vivienda descrita anteriormente

Alojado permanente, a partir de _____

Cuanto tiempo ha estado el niño o la familia en su situación de vivienda actual?: _____

El estudiante tiene hermanos? Si No En caso que si, proporcione la siguiente información:

Nombre:	Fec. De Nac.:	SS: (Últimos 4)	Discapacitado?	Escuela de Asistencia:	Grado:

Estudiantes identificaron necesidades:	Información adicional o inquietudes:

Padre/Guardián notificado de la remisión? Si No

Formulario de consentimiento del cliente firmado? (Atrás) Si No

Persona Refiriéndose: _____

Agencia: _____

Numero de Teléfono: _____

Email: _____

Please send to:	Kings County Office of Education ATTN: Lavena Najera 876 East D Street, Lemoore, CA 93245 Phone:(559)589-2667 Fax (559) 589-7018 E-mail: LNajera@kingscoe.org	Office Use Only:	SSID: _____
	Processed Date: _____		

HMIS CALPADS

Cuando usted solicita o recibe servicios de una agencia participante, recopilamos información sobre usted y su hogar y lo insertan en su Sistema de base de datos Homeless Management Information Systems (HMIS). Este Sistema nos ayuda a comprender mejor la falta de viviendas, para mejorar la presentación de servicios, y para evaluar la eficacia de los servicios prestados a las personas sin hogar y los que están en riesgo de perder su hogar.

Que información es colectada?

Dependiendo de su situación, se le puede pedir algunos o todo lo siguiente:

- Información de identidad básica (puede incluir nombre, seguro, fecha de nacimiento, genero, raza, estado civil y familiar, relaciones familiar, numero teléfono, estado veterano militar, si tiene o no tiene una incapacidad)
- Información de Vivienda (puede incluir dirección, tipo de hogar, estado de hogar, y razón de la falta de vivienda)
- Información de Ingresos (fuentes y cantidad de ingresos de la familia, información de empleo, habilidades de trabajo)
- Información/Historia Legal
- Información Medica
- Servicios necesitados y proporcionados; resultados de los servicios proporcionados

Que sucede con la información recopilada?

- Detalles de su estado medico/salud nunca será compartida entre agencias participantes usando HMIS.
- Con su aprobación, la información recopilada se comparte con el personal autorizado entre las agencias participantes.
- En conjunto, los datos sobre la población sin hogar en los condados Kings y Tulare(pero no de información de identificación personal) se utiliza en los informes de todo el estado sobre la falta de vivienda.

NOTE: HMIS utiliza muchas protecciones de seguridad para garantizar la confidencialidad y solo las agencias participantes que han firmado un Acuerdo Interinstitucional para compartir en red de datos tiene acceso. Una lista de las agencias participantes se puede encontrar en nuestro sitio de web en www.kingstularecoc.org.

Por que debería estar de acuerdo en que su información sea compartida con HMIS agencias participantes?

Al compartir su información con estas agencias, les ayudara a:

- Identificar otros servicios o programas del cual usted puede ser elegible,
- Coordinar mejor los servicios para usted y su familia,
- Contar con mas precisión el numero de persona sin hogar, los servicios disponibles y los servicios necesarios,
- Mostrar a las personas que financian programas sin hogar que se necesitan los servicios y
- Obtener tipo de financiación para los programas que atienden a las personas sin hogar.

CLIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO/LIBERACION DE AUTORIZACION DE INFORMACION

Usted tiene la opción de restringir el acceso a la información personal que usted proporciona acerca de usted y sus hijos menores. Usted puede modificar este consentimiento con respecto a la divulgación de su información en cualquier momento.

Opta por no: Si desea optar por no, que su información recopilada en HMIS en los condados Kings/Tulare, por favor escriba "No consiento", firme y ponga la fecha en esta sección. De lo contrario, deje en blanco.

(Escriba "No consiento")

Firma

Fecha

Por favor, trate la información sobre mis niños menores de 17 años igual que el mío.

Este consentimiento se vencerá siete (7) años a partir de la fecha de la firma. Usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante solicitud por escrito, pero la cancelación no será retroactiva.

Nombre del Cliente (Por favor imprima)

Firma del Cliente

Fecha

Nombre de Personal de Agencia
(por favor imprima)

Firma del Personal de Agencia

Fecha